rapport annuel de gestion 2011 2012

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Québec

Édition :
La Direction des communications
du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66085-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-66084-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit,
la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation
préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou
son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique,
mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

MESSAGE DU MINISTRE

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

C'est avec plaisir que je vous transmets le Rapport annuel de gestion 2011-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux, élaboré conformément aux dispositions de la Loi sur l'administration publique.

Ce rapport fait état des principales réalisations du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux et des résultats obtenus au regard des objectifs liés au Plan stratégique 2010-2015, au Plan d'action de développement durable 2009-2013 ainsi qu'à la Déclaration de services aux citoyens. Ce document rend également compte de l'utilisation des ressources allouées au Ministère, de celles provenant du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, ainsi que des activités répondant aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur.

Le Ministère et son réseau ont consenti des efforts importants au cours de l'année 2011-2012 afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux. À titre d'exemple, je tiens à souligner les résultats ayant trait à l'accès à certaines chirurgies, aux services de radio-oncologie et aux services offerts en centre de réadaptation. De même, des gains appréciables ont notamment été obtenus sur les plans de l'implantation des groupes de médecine de famille, de la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, de l'intégration des services aux personnes âgées, de l'offre de service de soutien à domicile, du soutien à la relève professionnelle et de la réorganisation du travail. Enfin, l'adoption d'un cadre ministériel de gestion environnementale et le déploiement d'une stratégie de soutien et de mise en commun des initiatives du réseau de la santé et des services sociaux comptent parmi les actions structurantes privilégiées en matière de développement durable.

Les avancées réalisées dans le but de remplir la mission du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux nécessitent la contribution d'un personnel compétent et dévoué. Je souhaite ainsi témoigner ma reconnaissance aux membres du personnel pour leur professionnalisme et leur précieuse collaboration.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés

MESSAGE DU SOUS-MINISTRE

Monsieur Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Ministre responsable des Aînés

Monsieur,

Nous vous soumettons le Rapport annuel de gestion 2011-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui a pris fin le 31 mars 2012, auquel nous avons inclus les données relatives au Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux.

Comme en témoigne le contenu du rapport, le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux ont consenti des efforts importants dans le but d'atteindre les objectifs et engagements liés au Plan stratégique 2010-2015, au Plan d'action de développement durable 2009-2013 et à la Déclaration de services aux citoyens. Le présent document permet aussi d'apprécier les actions entreprises afin d'utiliser les ressources allouées de façon optimale.

Le rapport annuel de gestion contient une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a été effectuée par la Direction des relations ministérielles et de la vérification interne, à la demande du Comité ministériel de vérification.

Nous profitons de l'occasion pour remercier le personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux, dont la compétence, l'engagement et le professionnalisme sont essentiels à l'atteinte des résultats et à une prestation de services de qualité.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Jacques Cotton
Sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles XIII

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux 1

Le rapport de validation de la Direction des relations ministérielles et de la vérification interne 3

PARTIE 1
LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 5

1.1 Le Ministère 6
1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux 7

PARTIE 2
LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2011-2012 9

2.1 L'adoption de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux 9
2.2 Le resserrement du processus de certification des résidences privées pour aînés 9
2.3 L'adoption de la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie 10
2.4 La baisse de prix des médicaments génériques 11
2.5 Le rapport national sur l'état de santé de la population 11
2.6 La diffusion d'un premier rapport national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé 12
2.7 La mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 12
2.8 La création de la Direction québécoise du cancer 13
2.9 La création du Bureau de programme pour l'informatisation du réseau des services de santé et des services sociaux 13
2.10 L'implantation de l'approche Lean Healthcare Six Sigma 14

PARTIE 3
LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 15

ENJEU 1 L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être 16
Orientation 1.1 Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être 16
AXE : Action intersectorielle 16

ENJEU 2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services ... 17
Orientation 2.1 Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne ... 17
AXE : Services médicaux et infirmiers ... 17
AXE : Services psychosociaux ... 19
Orientation 2.2 Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers ... 20
AXE : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance ... 20
Orientation 2.3 Répondre aux besoins d'une population vieillissante ... 24
AXE : Réseaux de services intégrés ... 24
Orientation 2.4 Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités ... 25
AXE : Services de soutien à domicile ... 25

ENJEU 3 Un délai raisonnable pour l'accès aux services ... 26
Orientation 3.1 Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables ... 26
AXE : Services sociaux et de réadaptation ... 26
AXE : Médecine et chirurgie ... 28
AXE : Urgences ... 31
AXE : Santé mentale ... 32

ENJEU 4 La qualité des services et l'innovation ... 33
Orientation 4.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services ... 33
AXE : Contrôle des infections nosocomiales ... 33
Orientation 4.2 Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux ... 34
AXE : Créneaux d'expertise et formation ... 34
AXE : Évaluation et transfert des connaissances ... 35
Orientation 4.3 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique ... 36
AXE : Dossiers cliniques informatisés ... 36

ENJEU 5 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines ... 38
Orientation 5.1 Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée ... 38
AXE : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale ... 38
AXE : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau ... 41
AXE : Disponibilité du personnel d'encadrement et évolution des pratiques de management ... 43
Orientation 5.2 Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes ... 44
AXE : Rétention et mieux-être au travail ... 44

ENJEU 6 Une gestion performante et imputable 46
Orientation 6.1 Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux 46
AXE : Optimisation de l'utilisation des ressources 46
AXE : Suivi et rétroaction sur la performance 48
Orientation 6.2 Assurer une gouvernance plus imputable 49
AXE : Partage des responsabilités et règles d'imputabilité 49
AXE : Révision des processus administratifs 50

PARTIE 4
LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN D'ACTION DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2009-2013 51

Orientation 1 Informer, sensibiliser, éduquer, innover 51
Action 1 : Sensibilisation et formation des employés du Ministère à la démarche gouvernementale de développement durable 52

Orientation 2 Réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement 53
Action 2 : Organisations en santé 53
Action 3 : Politiques alimentaires 54
Action 4 : Renforcement de la pratique d'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé 55
Action 5 : Promotion d'environnements extérieurs sains et sécuritaires dans le réseau de la santé et des services sociaux 57

Orientation 3 Produire et consommer de façon responsable 59
Action 6 : Adoption d'un cadre de gestion environnementale et de pratiques d'acquisitions écoresponsables 59
Action 7 : Gestion des matières résiduelles 60
Action 8 : Plan d'action intégré pour le retraitement des dispositifs médicaux 61
Action 9 : Intégration de critères d'écoresponsabilité dans les appels d'offres 62
Action 10 : Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction 63
Action 11 : Valorisation des aides techniques suppléant à une déficience motrice 64
Action 12 : Promotion et soutien de projets ayant recours à des énergies renouvelables 66
Action 13 : Normalisation d'un système de chauffage auxiliaire pour les ambulances 68

Orientation 6 Aménager et développer le territoire de façon durable et intégrée 69
Action 14 : Soutien au réseau et mise en commun des initiatives 69
Action 15 : Surveillance des caractéristiques des communautés 71
Action 16 : Déploiement de la télésanté 73

PARTIE 5
LES RÉSULTATS AU REGARD DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS 75

5.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux 75
5.2 Les services d'adoption internationale 76
5.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac 78
5.4 Les plaintes 80

PARTIE 6
L'UTILISATION DES RESSOURCES 81

6.1 Les ressources humaines 81
6.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère et le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) 84
6.3 Les ressources informationnelles 89

PARTIE 7
L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES 99

7.1 L'accès à l'égalité en emploi 99
7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes 102
7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 105
7.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration 106
7.5 Les changements climatiques 106
7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé 108
7.7 L'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique 109
7.8 Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013, titré *La diversité : une valeur ajoutée* 109
7.9 La Politique de financement des services publics 111
7.10 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec 116

ANNEXES

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux 123
Annexe II L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux 124
Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux 127

LISTE DES SIGLES

BNQ	Bureau de normalisation du Québec
BPI	Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DCI	Dossier clinique informatisé
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DME	Dossier médical électronique
DSQ	Dossier de santé du Québec
FINESSS	Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
TED	Troubles envahissants du développement

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du Ministère. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a eu recours à des systèmes d'information et à des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer le suivi de la réalisation des objectifs fixés.

De plus, la Direction des relations ministérielles et de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les trois sections touchant la présentation des résultats du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Les membres du comité de direction,

Jacques Cotton
Sous-ministre

Jean Rodrigue
Sous-ministre adjoint
Services de santé et médecine universitaire

Luc Castonguay
Sous-ministre adjoint
Planification, performance et qualité

Sylvain Gagnon
Sous-ministre adjoint
Services sociaux

Édith Lapointe
Sous-ministre adjointe
Personnel réseau et ministériel

Horacio Arruda
Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint

Michel Fontaine
Sous-ministre associé
Coordination, financement, immobilisations et budget

Lise Verreault
Sous-ministre associée
Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux
Technologies de l'information

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2012

LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA DIRECTION DES RELATIONS MINISTÉRIELLES ET DE LA VÉRIFICATION INTERNE

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 » de même que « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2012. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué en s'inspirant des normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne élaborées par l'Institut de l'Audit Interne (The Institute of Internal Auditors). Les travaux ont consisté essentiellement à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter de l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2010-2015 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 » ainsi que « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction des relations ministérielles
et de la vérification interne,

Dominique Breton
Directrice

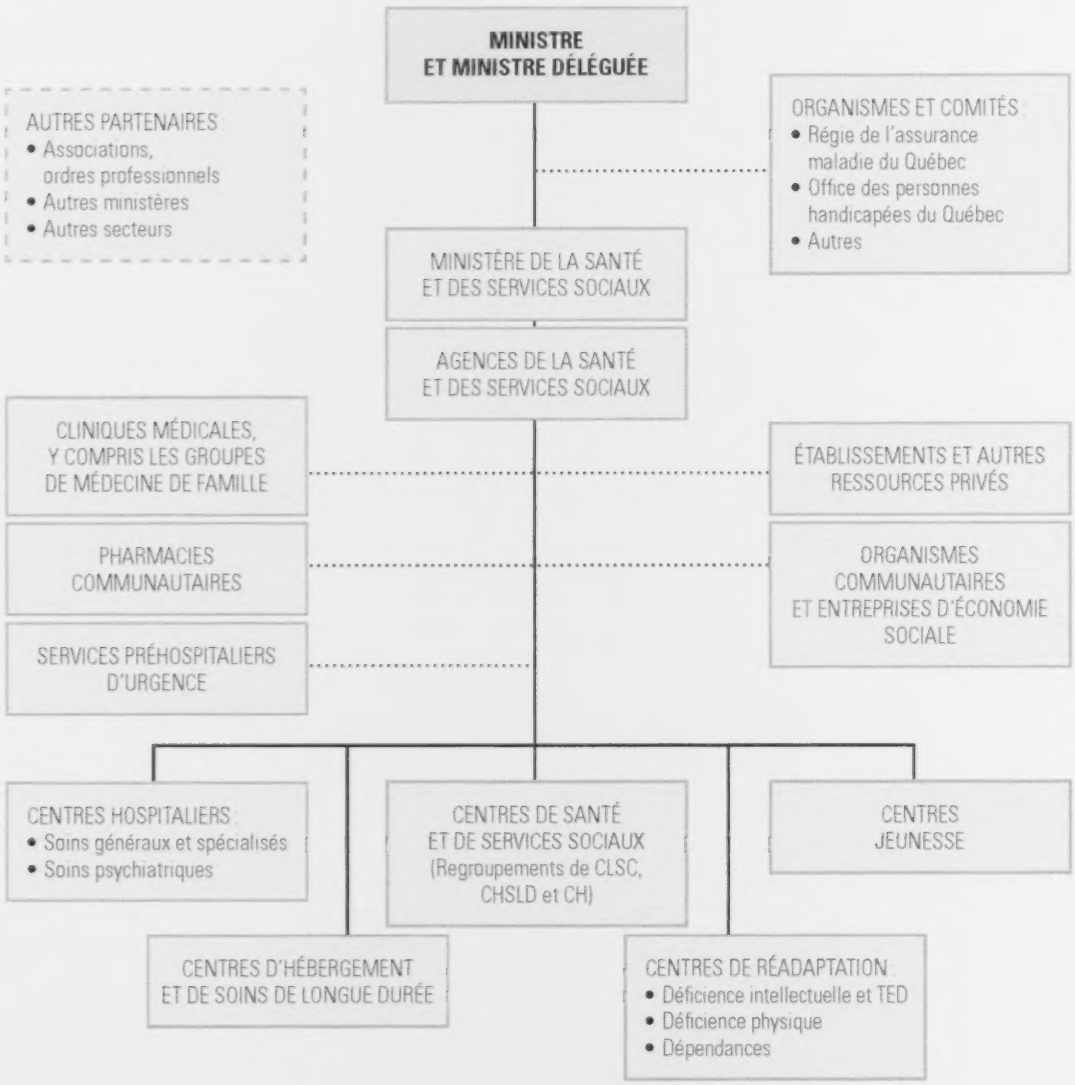
Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2012

PARTIE 1

LE MINISTÈRE ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MISSION

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.



1.1 Le Ministère

Le principal rôle du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour ce faire, le Ministère détermine les orientations, les objectifs et les priorités dans le domaine de la santé et des services sociaux et voit à leur mise en œuvre. Il définit les normes relatives à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité et à l'efficience des services offerts à la population. De plus, le Ministère assure la promotion de la santé et du bien-être, la protection de la santé publique, la répartition équitable des ressources ainsi que la coordination interrégionale des services. Enfin, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Les lois dont la responsabilité de l'application relève du ministre de la Santé et des Services sociaux sont présentées à l'annexe I, tandis que l'organigramme du Ministère se trouve à l'annexe II.

Par ailleurs, douze organismes et comités liés au domaine de la santé et des services sociaux relèvent du ministre, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Office des personnes handicapées du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Les coordonnées de ces organismes sont présentées à l'annexe III.

Quelques données sur les effectifs du Ministère et du réseau

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,8 % de la population active du Québec. Au 31 mars 2011, elle se composait de

- 684 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et 1 517 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 261 606 cadres ou salariés dans les agences et les établissements publics et privés conventionnés, soit 183 594 personnes dans les programmes-services, ce qui inclut notamment 108 650 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires et 55 876 techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux, et 78 012 personnes dans les programmes-soutien et le personnel d'encadrement.

De plus, en 2010-2011, 28 311 professionnels ont reçu une rémunération de la RAMQ, dont 8 176 médecins omnipraticiens, 8 946 médecins spécialistes et 3 179 médecins résidents.

1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux

LES ORGANISATIONS RÉGIONALES

Le Ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui veillent à l'organisation des services sur leur territoire respectif et qui ont une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

LES ÉTABLISSEMENTS

Les établissements offrent des services généraux et spécialisés à la population correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces missions sont celles d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre de réadaptation (CR) ainsi que d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Selon leur nature, les services offerts par les établissements sont accessibles au plan local, régional ou national.

Au 31 mars 2012, le réseau de la santé et des services sociaux comprenait 283 établissements ; 184 étaient publics et 99, privés. Ces établissements gèrent 1 713 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 184 établissements publics se répartissent en 94 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 90 établissements hors CSSS. Les 94 CSSS comprennent tous un CLSC et 93 d'entre eux exploitent des missions multiples :

- 92 assument également la mission d'un CHSLD ;
- 79, celle d'un CH ;
- et 11, celle d'un CR.

Pour leur part, les 90 établissements publics hors CSSS se distribuent ainsi :

- 70 assurent, de façon unique ou multiple, les missions d'un CR, d'un CHSLD ou d'un CH ;
- 16 centres jeunesse (CJ) assument à la fois la mission d'un CPEJ ainsi que celle d'un CR ;
- 4 établissements, situés dans les régions nordiques, assument toutes les missions.

Cinq établissements publics sont désignés centres hospitaliers universitaires. De plus, onze établissements sont désignés instituts universitaires, soit six dans le secteur de la santé et cinq dans le secteur social. Enfin, treize établissements ont une désignation de centre affilié universitaire, soit quatre établissements assurant les missions d'un CH et d'un CHSLD ainsi que neuf CSSS.

Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité ainsi que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés.

LES CLINIQUES MÉDICALES, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Outre les ressources institutionnelles mentionnées préalablement, d'autres acteurs contribuent à la réalisation de la mission du système québécois de santé et de services sociaux. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 1 906 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 239 groupes de médecine de famille (GMF) ;
- 1 760 pharmacies communautaires ;
- 3 477 organismes communautaires et 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique ;
- 2 220 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) et 6 937 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) rattachées aux établissements publics ;
- 2 118 résidences privées pour aînés.

LES PARTENAIRES DU DOMAINE SOCIOSANITAIRE

Des partenaires majeurs sont également très actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ces derniers sont constitués, notamment :

- de plusieurs associations et organisations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les employés du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que des fédérations médicales ;
- des ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- de plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'usagers ;
- des regroupements d'assureurs et de l'industrie pharmaceutique, dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments.

Enfin, dans le but de remplir leur mission, le Ministère et son réseau entretiennent des relations directes avec des acteurs, œuvrant au plan local, régional ou national, au sein de différents secteurs d'activité (éducation, habitation, revenu, environnement, transport, etc.).

PARTIE 2

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2011-2012

Les principales réalisations pour l'année 2011-2012 témoignent de la préoccupation du Ministère d'offrir des services accessibles et de qualité à la population. Des actions structurantes contribuent à améliorer le fonctionnement du réseau, l'organisation des services, le développement des connaissances, le partage de l'information clinique ainsi que l'utilisation optimale des ressources.

2.1 L'adoption de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (2011, chapitre 15) a été adoptée en juin 2011 par l'Assemblée nationale. Cette loi qui modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux vise principalement à accroître la responsabilisation et l'imputabilité des conseils d'administration des agences et des établissements ainsi que la complémentarité et l'interdépendance entre les trois paliers de gestion.

Ainsi, la Loi précise le rôle et les responsabilités des conseils d'administration des agences et des établissements. La Loi revoit aussi la composition de ces conseils, en y assurant la présence de membres indépendants ainsi que la parité hommes/femmes.

Les changements législatifs portent également sur l'obligation pour un établissement d'élaborer un plan stratégique pluriannuel en conformité avec les orientations nationales et régionales. Déjà, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoyait l'obligation d'un tel exercice pour les agences en conformité avec les orientations nationales. De plus, les agences et les établissements doivent rendre compte dans leur rapport annuel de gestion de l'atteinte des résultats concernant les objectifs de leur plan stratégique.

Enfin, la Loi élargit les mesures qui peuvent être prises par une agence lorsqu'un établissement éprouve des difficultés relatives à la qualité des services de santé ou des services sociaux qu'il offre, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement.

À la suite de l'adoption de la Loi, de nouveaux conseils d'administration ont été constitués dans tous les établissements publics de la province. Ils sont entrés en fonction le 1er février 2012. La durée des mandats de leurs membres est désormais de quatre ans.

2.2 Le resserrement du processus de certification des résidences privées pour aînés

En novembre 2011, l'Assemblée nationale a adopté la Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés (2011, chapitre 27). Ce processus avait été instauré par le gouvernement en 2007.

La Loi propose une nouvelle appellation contrôlée et une nouvelle définition pour les résidences pour personnes âgées qui deviennent des résidences pour aînés. Elle introduit également de nouvelles règles d'exploitation pour ces résidences dont celle d'être titulaire d'une attestation temporaire avant d'accueillir un premier résident.

De nouveaux pouvoirs réglementaires permettront, entre autres, au gouvernement de prévoir minimalement deux catégories de résidences selon l'offre de service d'un exploitant, soit celle dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes et celle dont les services sont destinés à des personnes semi-autonomes.

Au regard de la Loi sur le bâtiment, l'ensemble des résidences privées pour aînés seront dorénavant assujetties aux exigences de la Régie du bâtiment.

Finalement, la Loi sur les recherches des causes et des circonstances des décès est modifiée pour inclure la négligence comme l'un des motifs de décès entraînant un signalement obligatoire au coroner. De plus, le gouvernement pourra, par règlement, prescrire le contenu d'un formulaire devant être rempli à la suite du décès d'un usager et prévoir la personne autorisée à signer un tel formulaire de même que les cas, conditions et circonstances dans lesquels il doit être transmis au coroner.

2.3 L'adoption de la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie

La Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (2011, chapitre 37) a été adoptée en décembre 2011 par l'Assemblée nationale. Élaborée en collaboration avec l'Office des professions du Québec, elle résulte d'un consensus entre le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Cette loi vient ajouter de nouvelles activités professionnelles à celles déjà réservées aux pharmaciens, ce qui permet d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé. Les nouvelles responsabilités confiées aux pharmaciens sont les suivantes :

- la prolongation d'une ordonnance d'un médecin pour une période déterminée ;
- l'ajustement d'une ordonnance d'un médecin ;
- la substitution d'un médicament prescrit en cas de rupture complète d'approvisionnement au Québec ;
- l'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié ;
- la prescription de certains médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ;
- la prescription et l'interprétation d'analyses de laboratoire aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse pour les pharmaciens exerçant dans les établissements de santé.

Les pharmaciens pourront assumer ces nouvelles responsabilités une fois que les conditions et modalités d'exercice auront été déterminées par règlement.

2.4 La baisse de prix des médicaments génériques

En juin 2010, le gouvernement de l'Ontario a mis en œuvre un nouveau cadre réglementaire régissant notamment le prix des médicaments génériques. De façon générale, cette réglementation prévoit que le prix d'un médicament générique ne peut excéder 25 % du prix du médicament innovateur correspondant. Des exceptions ont cependant été prévues. Auparavant, cette balise de prix correspondait à 50 % du prix du médicament innovateur.

Au Québec, l'engagement réglementaire du fabricant prévoit que le prix d'un produit inscrit à la Liste de médicaments du Régime général d'assurance médicaments doit correspondre au meilleur prix au Canada. Par conséquent, le mouvement à la baisse des prix en Ontario devait entraîner des diminutions de prix au Québec, lorsque les médicaments touchés en Ontario sont inscrits à la Liste de médicaments du Québec.

En raison de l'ampleur des baisses survenues en Ontario, le ministre de la Santé et des Services sociaux a choisi de mettre en œuvre des mesures de transition, et cela, pour permettre aux fabricants de s'adapter au nouvel environnement économique et de lui soumettre des prix en conséquence.

Ainsi, à compter du 17 décembre 2010, le prix des médicaments génériques ne pouvait excéder, sauf exception, 37,5 % du prix des médicaments innovateurs. Cette balise de prix a été ramenée, le 20 avril 2011, à 30 % du prix des médicaments innovateurs, sauf exception. Depuis le 20 avril 2012, le prix des médicaments génériques doit correspondre au meilleur prix disponible au Canada, et cela, dans tous les cas.

2.5 Le Rapport national sur l'état de santé de la population

En novembre 2011, le directeur national de la santé publique a diffusé le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec qui s'intitule *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Ce rapport a été élaboré conjointement par le Ministère, l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que l'Institut de la statistique du Québec.

Le rapport dresse le portrait de santé de la population québécoise tout en faisant le point sur l'évolution des divers problèmes de santé et leurs déterminants. Il met également en perspective la situation des régions et celle du Québec dans l'ensemble canadien et par rapport aux principaux pays occidentaux.

À travers les treize thèmes ciblés, dont les maladies chroniques, les habitudes de vie ou la santé mentale, le rapport fait état des nombreux progrès réalisés. Parmi ceux-ci, notons, entre autres, la baisse de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires et aux accidents de la route, un taux de mortalité infantile parmi les plus faibles au pays, un certain recul du tabagisme et une espérance de vie qui continue de croître autant chez les hommes que chez les femmes.

2.6 La diffusion d'un premier rapport national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé

En décembre 2011, le Ministère a rendu public un premier rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux, couvrant les mois d'avril à septembre 2011. Les données sont tirées du registre national des incidents et accidents qui est alimenté par les registres locaux des établissements. Ces registres sont des outils complémentaires aux différentes modalités de gestion de risques déjà en vigueur dans le réseau.

Il n'existe pas de registre équivalent dans les autres provinces. Tout incident ou accident constaté par un employé ou toute autre personne qui dispense des services aux usagers dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux doit être déclaré.

Ce premier rapport semestriel fait état de 179 000 événements de gravité très variable, les plus souvent déclarés étant les chutes (35 % du total) et les erreurs liées à la médication (30 %). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Les données doivent être mises en relation avec le volume de soins et services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Par exemple, sur une base annuelle, on compte environ 19 millions de jours-présence en hospitalisation ou en hébergement.

2.7 La mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

Dans le but d'améliorer la concertation des partenaires et la coordination des actions en matière d'itinérance, le gouvernement du Québec lançait, en décembre 2009, son premier Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Ce plan d'action et la mise en œuvre des 70 mesures qui en découlent sont coordonnés par le Ministère avec la collaboration de neuf autres partenaires gouvernementaux.

Afin de faire le point sur l'avancement des travaux, un bilan des actions réalisées au cours de la première année d'implantation du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 a été effectué puis déposé à la Commission de la santé et des services sociaux en juin 2011. Il en ressort que près d'une soixantaine d'actions visant à prévenir et contrer l'itinérance ont été mises en œuvre, ou sont actuellement en voie de l'être, dans différentes villes du Québec. Les investissements prévus, qui se chiffraient à l'origine à 14 millions de dollars, ont été portés à plus de 61,5 millions de dollars, répartis sur trois ans.

Ce nombre d'actions démontre la volonté des différents acteurs d'apporter des solutions tangibles au phénomène de l'itinérance. Notons, à titre d'exemple, la mise en place d'instances de coordination intersectorielle dans quatre grandes villes du Québec qui présentent des résultats prometteurs pour favoriser une intervention plus intégrée en matière d'itinérance sur le plan de l'accès, de la continuité et de la complémentarité des services.

2.8 La création de la Direction québécoise du cancer

La Direction québécoise du cancer est devenue, depuis avril 2011, l'autorité ministérielle qui a pour mission d'encadrer, d'orienter et de soutenir les activités de lutte contre le cancer au Québec en vue de répondre adéquatement aux besoins de la population, des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Elle a comme responsabilité, entre autres, de mettre en place, de concert avec ses partenaires, un réseau intégré et fonctionnel pour assurer l'excellence dans les soins et les services de lutte contre le cancer. En janvier 2012, le Dr Jean Latreille a été nommé à la tête de cette direction.

2.9 La création du Bureau de programme pour l'informatisation du réseau des services de santé et des services sociaux

En avril 2011, le Ministère a mis en place le Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux en vue d'instaurer une nouvelle forme de gouvernance. Situé au plus haut niveau de la structure administrative du Ministère, le Bureau est dirigé par une sous-ministre associée.

Le Bureau de programme a pour mandat spécifique d'assurer la gouvernance et la coordination de l'informatisation du réseau sociosanitaire. Plus particulièrement, il encadre, coordonne et supervise l'ensemble des initiatives visant la mise en œuvre efficace du Dossier de santé du Québec (DSQ), ce qui implique la finalisation du DSQ et son arrimage avec les dossiers cliniques informatisés des établissements et les dossiers médicaux électroniques des cliniques médicales et des groupes de médecine de famille, comme le prévoit le Plan stratégique 2010-2015 du Ministère.

De façon plus spécifique, le Bureau de programme a les responsabilités suivantes :

- orienter et assurer la cohérence des actions en technologie de l'information de l'ensemble des partenaires du domaine de la santé et des services sociaux ;
- voir à la mise en œuvre de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (L.R.Q., chapitre G-1.03), adoptée en juin 2011 ;
- prioriser les projets en fonction de leur valeur et des besoins des intervenants, séquencer leur déploiement, exercer un suivi rigoureux, autoriser les changements d'orientations ou de coûts qui interviennent en cours de route ;
- autoriser et coordonner les discussions à l'égard de l'informatisation du réseau sociosanitaire avec les fédérations ou associations de professionnels ou d'établissements ainsi qu'avec Inforoute Santé du Canada, avec les agences de la santé et des services sociaux et avec les établissements ;
- instaurer un mécanisme de consultation et de conciliation des besoins permettant de bien arrimer la dimension technologique à la dimension clinique et, ainsi, mobiliser les associations de professionnels ou d'établissements et les autres groupes d'intérêts concernés ;
- définir et gérer le cadre financier, y compris les coûts initiaux, les coûts récurrents, le financement et le Plan quinquennal d'investissement en technologie de l'information du Ministère.

2.10 L'implantation de l'approche Lean Healthcare Six Sigma

L'approche Lean Healthcare Six Sigma mise sur la révision de tous les processus de travail pour améliorer la qualité et la performance des services offerts. Cette approche, qui implique en elle-même l'émergence d'une nouvelle culture organisationnelle, met l'accent sur la responsabilisation de l'employé, la prise de décision le plus près possible de l'action, le travail en équipe, la résolution immédiate des problèmes et la mesure des actions.

En novembre 2011, au terme d'un processus de sélection rigoureux, trois établissements ont été choisis par le ministre pour implanter l'approche dans leur organisation. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôpital Saint-François d'Assise, du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest – Verdun et du Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon.

L'implantation de l'approche Lean Healthcare Six Sigma bénéficie d'un budget total de 11,8 millions de dollars, dont 1,5 million de dollars est prévu pour l'évaluation des projets et pour l'implantation d'une stratégie de transfert des connaissances propres à la diffusion de la méthode dans d'autres établissements du réseau.

PARTIE 3

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

Cette partie fait état des résultats atteints en 2011-2012 au regard des objectifs du Plan stratégique 2010-2015 du Ministère. Ces résultats sont présentés en fonction des six enjeux du plan stratégique, soit :

- l'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être ;
- la primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services ;
- un délai raisonnable pour l'accès aux services ;
- la qualité des services et l'innovation ;
- l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines ;
- une gestion performante et imputable.

Le présent rapport annuel de gestion constitue le second exercice de reddition de comptes de ce plan stratégique. Il importe de mentionner qu'il ne porte pas sur l'ensemble des objectifs définis dans le plan. Il aborde ceux pour lesquels des engagements étaient prévus en 2011-2012 et des données étaient disponibles. Au terme des cinq années, tous les objectifs du Plan stratégique 2010-2015 seront couverts.

Les informations, qui ont une portée nationale, proviennent soit directement du Ministère, soit de la compilation de données de gestion recueillies dans les régions. Pour prendre connaissance des résultats régionaux, il est possible de consulter les rapports annuels de gestion produits par les quinze agences de la santé et des services sociaux ainsi que par le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. Il convient de souligner que ce centre est mentionné en tant qu'agence de la santé et des services sociaux dans cette partie du document, afin de simplifier la lecture des résultats.

Enfin, les données relatives aux régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses dans le présent rapport, à moins d'indications contraires, car les caractéristiques sociosanitaires et administratives de ces territoires exigent la prestation de services distincts dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions.

ENJEU 1

L'ACTION EN AMONT DES PROBLÈMES ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Orientation 1.1

Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

AXE : **ACTION INTERSECTORIELLE**

Objectif 1.1.3 Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (habitudes de vie et comportements sécuritaires, éducation, emploi, logement, etc.)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle adoptée	Stratégie en cours d'élaboration	2011

Les travaux d'élaboration de la stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle ont été amorcés au cours de l'année 2011-2012. Ces travaux s'appuient sur la littérature pertinente et sur l'expérience acquise dans le réseau de la santé et des services sociaux quant à l'établissement de partenariats intersectoriels efficaces et durables pour améliorer la santé de la population. C'est dans cette perspective qu'un comité consultatif réunissant des partenaires des trois paliers de gestion du réseau a été mis en place afin de contribuer à l'orientation des travaux. Des consultations particulières sont également prévues à différentes étapes du processus d'élaboration de la stratégie ministérielle.

Ces travaux constituent une contribution particulière à la mise en œuvre de la Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle du Ministère. En effet, en plus d'offrir des services intégrés et de qualité à la population de leur territoire local, les centres de santé et de services sociaux et les autres intervenants des réseaux locaux de services doivent agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, en collaboration avec leurs partenaires de la communauté.

Par ailleurs, le Ministère participe activement à de nombreux comités intersectoriels visant l'élaboration et la réalisation d'actions favorables à la santé de la population, il soutient le développement et le transfert des connaissances et il contribue, notamment, à la conception d'outils adaptés aux besoins de ses différents partenaires intersectoriels.

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Orientation 2.1
Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

AXE : **SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS**

Objectif 2.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (en GMF ou hors GMF)	57,4 %	60,2 %	70 % de la population d'ici 2015

Objectif 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Nombre total de GMF implantés	223	239	300 GMF d'ici 2013
Nombre total de cliniques-réseau implantées	46	49	–
Pourcentage des médecins de famille qui pratiquent en GMF (ou modèles équivalents)	51 %	56 %	70 % des médecins de famille d'ici 2015

L'INSCRIPTION DES PERSONNES AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

L'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant en groupe de médecine de famille (GMF) ou hors GMF s'adresse à toute la population. Au 31 mars 2012, près de 2,9 millions de personnes (36,2 % de la population du Québec) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant en GMF et plus de 4,8 millions de personnes (60,2 % de la population du Québec) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant ou non en GMF.

L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

L'implantation des GMF vise à faciliter l'accès à un médecin de famille ainsi qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population. Le modèle d'organisation clinique que constitue le GMF entraîne des changements dans la pratique professionnelle et le développement de la collaboration entre les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels du réseau. L'objectif poursuivi par les GMF est notamment d'offrir une gamme complète de services et d'assurer ainsi le suivi global des personnes inscrites, dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille.

Au 31 mars 2012, on comptait 239 GMF au Québec. Ces GMF étaient répartis sur plus de 568 lieux cliniques et impliquaient 3 657 médecins, soit environ 56 % des omnipraticiens qui travaillent dans un cabinet ou un centre local de services communautaires. De plus, 490 infirmières y travaillent et 88 centres de santé et de services sociaux sont partenaires de GMF en vertu d'ententes.

En 2011-2012, 16 nouveaux GMF ont vu le jour au Québec, comparativement à 14 l'année précédente. La promotion des GMF se poursuit et près d'une trentaine de projets étaient en préparation dans les régions au 31 mars 2012. L'objectif inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 a été fixé sur une base populationnelle à 300 GMF. Cela dit, le GMF reste d'abord et avant tout une initiative d'organisation de services issue des médecins de famille qui pratiquent dans les différents milieux locaux. Ainsi, l'émergence des GMF et le rythme de leur implantation dépendent, entre autres facteurs, de la volonté des intervenants cliniques de s'organiser selon les modalités du GMF. En ce sens, le succès de cette organisation de services repose en bonne partie sur l'appropriation du modèle par les intervenants cliniques. L'objectif de 300 GMF demeure et c'est notamment dans cette perspective que ce modèle évolue d'année en année.

Le Ministère a proposé en 2007, en collaboration avec les agences, une approche progressive pour des groupes qui s'engagent à assumer l'offre de service attendue d'un GMF à terme alors qu'ils ne peuvent l'offrir intégralement à la date de leur accréditation. Au 31 mars 2012, 12 GMF étaient accrédités selon le mode progressif.

Le pourcentage des GMF ayant un accès électronique aux résultats de laboratoires des établissements de leur région ou de leur territoire local s'élève à plus de 80 % en excluant les GMF qui n'ont pas terminé le processus d'informatisation à la suite de leur accréditation au cours de l'année 2011-2012.

Par ailleurs, depuis 2007-2008, le Ministère accorde un soutien financier pour la création de cliniques-réseau. Axé sur l'accessibilité aux services sept jours sur sept, et particulièrement aux heures défavorables, chacun des modèles régionaux de cliniques-réseau offre un pourcentage de prise en charge de la clientèle en maintenant un rapport entre les périodes où cette dernière doit prendre un rendez-vous et celles où elle n'a pas besoin de le faire. Au 31 mars 2012, 49 cliniques-réseau étaient accréditées et une dizaine de projets étaient en préparation dans les différentes régions.

Objectif 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	46	89	250 IPS d'ici 2015

L'accroissement de la disponibilité des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne est l'une des stratégies adoptées par le gouvernement du Québec pour améliorer l'accès aux soins et services de première ligne. Ce choix s'appuie notamment sur les résultats d'études scientifiques qui démontrent l'efficacité des IPS présentes dans d'autres provinces canadiennes et d'autres pays depuis plus de 20 ans. Ces professionnelles contribuent, entre autres, à l'amélioration de la prise en charge et du suivi des clientèles. Elles donnent, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux. Elles peuvent également prescrire des examens diagnostiques, des médicaments ou d'autres substances et des traitements médicaux, utiliser des techniques diagnostiques invasives et appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice. Pour soutenir la démarche, un plan de déploiement des IPS a été réalisé pour l'ensemble du Québec et fait l'objet d'un suivi rigoureux.

Au 31 mars 2012, on comptait 89 IPS certifiées en soins de première ligne, réparties dans la plupart des régions du Québec. Onze candidates IPS supervisées dispensaient également des soins et services à une clientèle de tout âge dans le réseau, en attendant de passer leur examen de certification prévu en novembre 2012. Toutes ces personnes travaillent en collaboration avec des médecins partenaires. Par ailleurs, 60 étudiantes se sont nouvellement inscrites à l'automne 2011 au programme de formation universitaire de deuxième cycle d'IPS en soins de première ligne et 37 étudiantes sont actuellement en stage et devraient graduer au cours du mois d'août 2012.

AXE : **SERVICES PSYCHOSOCIAUX**

Objectif 2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	56 %	63 %	100 % des régions sociosanitaires d'ici 2015
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	88 %[1]	88 %	90 % des appels d'ici 2015

1. L'outil permettant la collecte des informations était accessible à partir du 25 avril 2010 (début de la période 2 de l'année financière 2010-2011).

Le service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, est présentement offert dans dix régions du Québec : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean (qui dessert aussi la région du Nord-du-Québec), Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Laurentides et Montérégie. La région du Bas-Saint-Laurent offre depuis avril 2011 un accès téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

En ce qui concerne le pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins, trois régions sur dix atteignent la cible fixée à 90 % des appels. Toutefois, les autres régions se rapprochent de cette cible.

La consolidation ou le développement du service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, s'est poursuivi, et ce, en tenant compte des particularités régionales, notamment l'arrimage aux organismes communautaires et l'organisation des services généraux psychosociaux.

Orientation 2.2
Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

AXE : **JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE**

Objectif 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté[1]

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur	21,1 %	33,0 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015
Pourcentage des territoires locaux où est offert un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace ou jugé prometteur	54,7 %	66,0 %	100 % des territoires locaux d'ici 2015
Taux d'enfants resignalés[2]	Non disponible	19 %[3]	Diminution
Indicateur complémentaire[4] : ▪ Taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) à la suite d'un resignalement	Non disponible	10 %	Diminution

1. Voir les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012.
2. Le libellé de l'indicateur inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 était « Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse ».
3. Mesure de départ pour évaluer l'atteinte de la cible.
4. Cet indicateur ne fait pas partie du Plan stratégique 2010-2015. Il est présenté afin de donner un portrait plus complet de la situation.

LE PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE

La négligence est la forme de maltraitance envers les enfants la plus répandue au Québec. Depuis plusieurs années, elle représente la problématique principale pour laquelle les signalements sont retenus par les services de protection de la jeunesse.

Les programmes d'intervention en négligence à offrir dans tous les territoires locaux doivent s'adresser aux parents ayant des comportements négligents ou présentant un risque de négligence et à leurs enfants âgés de 0 à 12 ans. Ils doivent être sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux (CSSS), en collaboration avec les centres jeunesse. La négligence est un problème multidimensionnel mettant en présence plusieurs facteurs de risque individuels, familiaux, sociaux et environnementaux. Elle commande, par conséquent, des interventions sur plus d'un plan, nécessitant l'implication de nombreux partenaires. La mise en place d'un programme d'intervention en négligence pose des défis liés à la continuité des services et à la collaboration, et requiert donc du temps.

Un programme est reconnu efficace si son évaluation effectuée au Québec a démontré qu'il a contribué à ce qu'une réponse plus adéquate soit apportée aux besoins de l'enfant et favorise ainsi son développement. Les programmes sont jugés prometteurs lorsqu'ils sont basés sur des approches et des composantes provenant d'un programme reconnu efficace, mais implanté en partie, ou encore, provenant d'un programme reconnu efficace à l'extérieur du Québec.

Au 31 mars 2012, 31 territoires locaux sur 94, soit 33 %, sont couverts par un programme d'intervention en négligence reconnu efficace ou jugé prometteur. À noter que les programmes implantés dans quatre territoires s'adressent à des enfants âgés de 0 à 5 ans ou de 0 à 6 ans et à leurs parents, alors que l'offre de service Jeunes en difficulté vise les enfants âgés de 0 à 12 ans et leurs parents.

Il importe de souligner que des activités cliniques pour contrer la négligence sont offertes aux familles dans toutes les régions. Afin de soutenir la mise en place de programmes en négligence, le gouvernement du Québec, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, y a alloué un budget de 4,1 millions de dollars sur 5 ans. En 2011-2012, c'est donc cinq régions qui ont reçu un financement à cette fin.

À la deuxième année du Plan stratégique 2010-2015 du Ministère, les résultats permettent d'affirmer que les régions sont mobilisées autour de la problématique de la négligence et que la très grande majorité a mis en place des comités régionaux ou locaux afin de planifier et de concrétiser la mise en œuvre d'un programme d'intervention en négligence.

LE PROGRAMME D'INTERVENTION DE CRISE ET DE SUIVI INTENSIF

Le programme d'intervention de crise et de suivi intensif vise les jeunes pour lesquels le retrait du milieu familial semble imminent. Il tend à maintenir le jeune dans son milieu familial grâce à une intervention rapide et intensive, à éviter des signalements au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) et à diminuer le placement en ressource d'hébergement. La crise vécue par le jeune est liée particulièrement à des comportements inappropriés et à des conflits dans les relations parents-adolescents. Au 31 mars 2012, 62 territoires locaux sur 94, soit 66 %, sont couverts par un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.

Le Ministère a mis en place un comité de travail pour soutenir, de façon spécifique, les régions éloignées dans la recherche de solutions originales ou alternatives. De fait, les grandes distances à parcourir ou les petits bassins de population représentent des contraintes majeures à l'implantation de certains programmes dans ces milieux, notamment le programme d'intervention de crise et de suivi intensif.

LE TAUX D'ENFANTS RESIGNALÉS ET LE TAUX D'ENFANTS FAISANT L'OBJET D'UNE NOUVELLE INTERVENTION DU DPJ À LA SUITE D'UN RESIGNALEMENT

Le taux d'enfants resignalés et le taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention du DPJ ont un dénominateur commun, soit les enfants qui ont fait l'objet d'une intervention du DPJ qui a pris fin au cours de l'année 2009-2010 ; 19 % d'entre eux ont été resignalés dans les douze mois suivant la fin de l'intervention du DPJ et 10 % d'entre eux ont fait l'objet d'une nouvelle intervention du DPJ à la suite du resignalement.

Pour analyser les résultats de ces indicateurs, il faut prendre en considération le fait que les impacts des actions posées pour diminuer le taux d'enfants resignalés et le taux d'enfants faisant l'objet d'une nouvelle intervention seront connus deux ans après la réalisation de ces actions.

Objectif 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	Près de 1 % de la population du Québec, soit 75 848 personnes	Près de 1 % de la population du Québec, soit 76 193 personnes	2 % des jeunes et des adultes d'ici 2015

Objectif 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu :			
▪ des services de suivi intensif dans le milieu (SIM)	2 098 places, soit 26 places par 100 000 personnes	2 251 places, soit 28 places par 100 000 personnes	100 places par 100 000 personnes d'ici 2015
▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV)	4 184 places, soit 52 places par 100 000 personnes	4 110 places, soit 51 places par 100 000 personnes	250 places par 100 000 personnes d'ici 2015

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE OFFERTS PAR LES CSSS

Pour assurer à la population le meilleur accès aux services de santé mentale, il faut prioriser la consolidation des services de première ligne, lesquels doivent être accessibles tant aux personnes souffrant de troubles modérés – tels que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux – qu'à celles qui sont aux prises avec des troubles graves.

En 2011-2012, 76 193 personnes ont eu accès aux services de première ligne en santé mentale offerts dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ce nombre représente près de 1 % de la population, soit 50 % de la cible prévue en 2015. Il faudra donc poursuivre les efforts afin d'atteindre la cible fixée.

LES SERVICES D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ POUR LES ADULTES AYANT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES

Les services offerts dans le cadre d'un suivi intensif dans le milieu ou d'un soutien d'intensité variable favorisent le maintien dans la communauté des adultes atteints d'un trouble mental grave. Ces services spécifiques, qui s'inscrivent dans une perspective de réadaptation et de rétablissement, constituent des éléments structurants de la gamme de services en santé mentale.

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Community Treatment*, où l'intervention est soutenue par une équipe interdisciplinaire qui comprend un médecin.

Le soutien d'intensité variable, offert selon le modèle *Case Management*, s'adresse également aux personnes qui ont un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. C'est un intervenant pivot qui offre à une même personne le soutien et tous les services cliniques dont elle a besoin pendant plusieurs mois, voire quelques années. Les besoins peuvent varier sensiblement en intensité d'une période donnée à une autre.

L'accroissement du nombre de places observé au cours des dernières années s'est maintenu en 2011-2012, bien qu'il y ait une légère réduction des places de soutien d'intensité variable. Il faut cependant préciser que le nombre de places de soutien d'intensité variable est en fait plus élevé, puisque celles offertes par les organismes communautaires ne sont pas comptabilisées par le Ministère.

Objectif 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS	Non disponible	4 488	Augmentation

Tel que l'indique l'Offre de service 2007-2012 en dépendances du Ministère, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont la responsabilité de rendre accessibles des services en toxicomanie et en jeu pathologique à l'ensemble de la population de leur territoire afin de prévenir, de réduire et de traiter les problèmes d'abus et de dépendance. Les CSSS doivent ainsi offrir des services de détection et d'intervention précoce, de désintoxication en milieu hospitalier, de désintoxication externe non intensive, de suivi psychosocial post-traitement et de suivi psychosocial et médical pour les traitements de substitution.

Au cours des dernières années, le Ministère a instauré plusieurs mesures soutenant le déploiement et la consolidation de ces services dans les CSSS. Il a notamment mis en place un programme ministériel de formation des intervenants des CSSS sur la détection et l'intervention précoce. De plus, le Ministère a favorisé le développement de postes d'intervenants dédiés au programme-services « Dépendances ». Enfin, le programme ministériel d'intervention brève « Alcochoix+ » a été implanté dans 65 CSSS.

En 2011-2012, 4 488 personnes ont reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS de l'ensemble du Québec. Soulignons que cet indicateur fait l'objet d'une première reddition de comptes. Ainsi, ce résultat constitue un point de départ à partir duquel il sera possible de mesurer l'évolution de l'accès à ces services au cours des prochaines années.

Orientation 2.3
Répondre aux besoins d'une population vieillissante

AXE : **RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS**

Objectif 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	52,29 %[1]	62,15 %	70 % d'implantation à l'échelle du Québec d'ici 2015[2]

1. Le résultat de 2010-2011 a été révisé à la suite d'audits réalisés par le Ministère.
2. La cible, qui était de 55 % dans le Plan stratégique 2010-2015, a été rehaussée par le Ministère en 2011-2012.

Le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est le mode d'organisation des services préconisé par le Ministère afin d'adapter tout le continuum de services de santé et de services sociaux au vieillissement de la population. Il se compose de processus et de pratiques cliniques qui, ensemble, forment un système cohérent permettant d'assurer davantage de continuité dans les services aux personnes âgées.

À la lumière des résultats obtenus, une constante progression de cette implantation est observée, et ce, dans la plupart des régions et des établissements. Il faut toutefois mentionner que si, dans l'ensemble, les résultats s'avèrent positifs, le degré d'implantation est très variable d'une région à l'autre, de sorte que des défis importants subsistent quant à la mise en place de ce modèle d'organisation au Québec.

Une synthèse des connaissances est en cours afin de documenter les enjeux et les défis dans la mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées ainsi que pour déterminer les besoins de connaissances des acteurs locaux et régionaux afin de faciliter cette mise en œuvre.

Orientation 2.4
Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

AXE : **SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE**

Objectif 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	9 194 878 heures Diminution de 2,8 % par rapport à 2009-2010[1]	9 923 154 heures Augmentation de 4,8 % par rapport à 2009-2010	Augmentation de 10 % d'ici 2015

1. La collecte des informations a été suspendue à certains moments au cours de l'année 2010-2011 en raison de moyens de pression, ce qui a certaines répercussions sur le résultat observé.

Le soutien à domicile de longue durée cible les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. L'indicateur mesurant l'atteinte de l'objectif est le nombre d'heures de services rendues, ce qui comprend les heures dispensées par le personnel du CSSS, les heures visées par des achats de services ainsi que les heures fournies par des travailleurs de gré à gré grâce au Programme Allocation directe/Chèque emploi-service. Les services de soutien à domicile permettent à ces personnes de rester dans leur milieu de vie et d'éviter un recours prématuré au milieu hospitalier ou à l'hébergement institutionnel.

En 2011-2012, le nombre d'heures de services rendues est de plus de 9,9 millions, une augmentation de 4,8 % par rapport à 2009-2010, année où près de 9,5 millions d'heures de services ont été comptabilisées, et de 7,9 % par rapport au bilan 2010-2011 totalisant près de 9,2 millions d'heures.

ENJEU 3
UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

Orientation 3.1
Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

AXE : **SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION**

Objectif 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage des demandes de services traitées dans les délais établis :			
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours	50 %	57 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 33 jours en CSSS et 97 jours en CR[1]	76 %	82 %	90 % des personnes d'ici 2015
▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 360 jours[1, 2]	Non disponible	Non disponible	90 % des personnes d'ici 2015

1. Y compris le délai maximal d'analyse de la demande suivant sa réception, soit trois (3) jours en CSSS et sept (7) jours en CR.
2. Le résultat sera connu en 2012-2013. Le standard est entré en vigueur en 2010-2011.

En juin 2008, le Ministère lançait le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble*. Ce plan a pour objectif d'assurer l'accès aux services aux personnes ayant une déficience à l'intérieur de délais raisonnables de même que d'optimiser et d'harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services. Les programmes-services concernés sont « Déficience physique » et « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement ».

Le plan d'accès soutient tant l'accès aux services spécialisés des centres de réadaptation que l'accès aux services spécifiques des centres de santé et de services sociaux (CSSS) destinés aux personnes ayant une déficience. Il comprend des standards relatifs à l'accès aux services et à leur continuité ainsi que des mécanismes d'optimisation et d'harmonisation de l'organisation des services.

Selon les cibles déterminées dans le Plan stratégique 2010-2015 du Ministère, 90 % des personnes ayant une déficience doivent obtenir un premier service selon les délais établis par le plan d'accès d'ici 2015. Les résultats de 2011-2012 indiquent une amélioration par rapport à 2010-2011, dans un contexte d'implantation progressive des différents standards du plan d'accès.

Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité « urgente », le résultat démontre que 57 % des demandes de services sont traitées dans les délais établis pour l'ensemble des établissements, et ce, quelle que soit la déficience. Le résultat est attribuable à une augmentation des demandes de services traitées à l'intérieur de trois jours en CSSS et, surtout, en centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED). En effet, pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, le taux de respect des demandes de services traitées dans les délais en CSSS est passé de 25 % à 44 %, alors que pour les demandes en CRDITED, ce taux a plus que doublé, passant de 24 % à 62 %.

Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité « élevée », le résultat démontre que 82 % des demandes de services sont traitées dans les délais définis pour l'ensemble des établissements et des déficiences. Ce résultat est atteint notamment par l'augmentation des demandes de services traitées à l'intérieur de 33 jours en CSSS et à l'intérieur de 97 jours en centre de réadaptation, pour l'ensemble de la clientèle, notamment dans le cas des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

En vue d'atteindre les cibles prévues, seize plans régionaux de l'amélioration de l'accès et de la continuité ont été définis et implantés par les agences, en collaboration avec chacun des établissements concernés. Les trois niveaux de priorité des demandes de services ont été définis à partir de critères uniformes et objectifs, ce qui permet une gestion harmonisée de l'accès aux services. En outre, des gestionnaires d'accès ont été désignés dans les agences et les établissements. De plus, certaines régions ont produit des guides afin d'assurer, auprès de leurs établissements, une appropriation optimale des standards d'accès.

En vue d'améliorer l'accès aux services, une évaluation continue des processus d'accès est en cours de réalisation dans l'ensemble du Québec. Le Ministère assure un soutien et un suivi pour faciliter l'implantation du plan d'accès. Une tournée des régions, qui visait à faire le point sur l'état d'avancement des travaux d'implantation du plan d'accès, a également été réalisée.

Objectif 3.1.2 Assurer, aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	62 %[1]	68 %[1]	80 % des personnes d'ici 2015

1. Le résultat 2010-2011 a été calculé à l'aide de données issues de quinze régions tandis que le résultat 2011-2012 correspond à la situation de seize régions.

Tel que l'indique l'Offre de service 2007-2012 en dépendances du Ministère, l'évaluation spécialisée en centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance[1] s'adresse aux personnes qui sont susceptibles de présenter des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent. À l'aide d'outils validés et standardisés, l'évaluation spécialisée permet de déterminer la gravité de la consommation ou des comportements des personnes toxicomanes ou des personnes qui s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent. Les résultats obtenus servent à la réalisation du plan d'intervention individuel et permettent d'orienter au mieux les personnes vers les services dont elles ont besoin.

La littérature scientifique rapporte que le délai d'attente d'un usager avant d'obtenir un premier service peut influencer sa décision de poursuivre ou non des démarches avec le centre qu'il a choisi. En effet, les personnes dépendantes hésitent à recourir aux services spécialisés de réadaptation et le temps d'attente peut décourager les plus vulnérables d'entre elles et les amener à décliner le traitement. Au contraire, un accès rapide aux services peut prévenir une aggravation occasionnée par le maintien de la consommation abusive pendant l'attente.

En 2011-2012, 68 % des usagers de tels centres ont été évalués à l'intérieur d'un délai de quinze jours ouvrables ou moins, ce qui représente une augmentation de plus de 6 points de pourcentage comparativement à l'exercice précédent. Les centres de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance se sont dotés de moyens visant à atteindre progressivement la cible de 80 % établie dans le Plan stratégique 2010-2015. Parmi ceux-ci, mentionnons l'assignation de personnel à l'évaluation, des décisions liées à l'organisation du travail et la formation des évaluateurs.

AXE : **MÉDECINE ET CHIRURGIE**

Objectif 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour[1] :			
▪ une chirurgie d'un jour	91,7 %	91,5 %	90 %
▪ une chirurgie avec hospitalisation	94,8 %	94,7 %	90 %
▪ une arthroplastie totale de la hanche	83,8 %	80,8 %	90 %
▪ une arthroplastie totale du genou	80,6 %	77,5 %	90 %
▪ une chirurgie de la cataracte	95,6 %	96,9 %	90 %

1. Le libellé de l'indicateur a été modifié afin d'apporter davantage de précisions. Initialement, dans le Plan stratégique 2010-2011, le libellé était le suivant : « pourcentage des personnes inscrites… ».

1. Antérieurement, centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Objectif 3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en[1] :			
• hémodynamie[2]			
catégorie A	91,2 %	91,4 %	100 %
catégorie B	85,2 %	85,6 %	90 %
• chirurgie cardiaque[3]			
catégorie A	88,9 %	90,0 %	100 %
catégorie B	72,6 %	65,8 %	90 %
• électrophysiologie[4]			
catégorie A	76,2 %	70,8 %	100 %
catégorie B	37,6 %	40,0 %	75 %

1. Le libellé de l'indicateur a été modifié afin d'apporter davantage de précisions. Initialement, dans le Plan stratégique 2010-2011, le libellé était le suivant : « pourcentage des personnes traitées… ».
2. Hémodynamie : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à deux mois.
3. Chirurgie cardiaque : catégorie A : moins de deux semaines ; catégorie B : de deux semaines à trois mois.
4. Électrophysiologie : catégorie A : moins de 48 heures ; catégorie B : de 48 heures à trois mois (à l'exclusion des cardiostimulateurs). Les résultats présentés dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 portaient également sur ces périodes. Il est à noter qu'il s'agit d'un changement de barème par rapport à celui présenté dans le Plan stratégique 2010-2015 qui était de 72 heures.

LES CHIRURGIES

De 2010-2011 à 2011-2012, la proportion des demandes de chirurgies réalisées à l'intérieur de six mois est restée stable à 93,0 %, bien que le nombre total de demandes de chirurgies réalisées ait augmenté de 3,6 %, passant de 442 406 à 458 491.

Au cours de la période, il s'est produit une légère diminution de la proportion des demandes en arthroplasties de la hanche et du genou réalisées à l'intérieur de six mois. Cela s'explique par l'effort particulier qui a été fourni afin d'opérer en priorité les patients les plus anciennement inscrits sur la liste d'attente. Les demandes réalisées en arthroplasties de la hanche et du genou ont en effet augmenté respectivement de 7,6 % et de 8,7 %.

La proportion de demandes de chirurgie de la cataracte réalisées à l'intérieur de six mois a augmenté ainsi que le nombre de chirurgies. Il s'est réalisé 99 901 chirurgies de la cataracte en 2011-2012, soit une augmentation de 5,1 % par rapport à 2010-2011.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Au Québec, les maladies cardiovasculaires sont l'une des causes les plus importantes de morbidité et de mortalité. Par ailleurs, l'évolution technologique entraîne des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes et d'arythmie cardiaque.

De 2010-2011 à 2011-2012, la proportion des demandes traitées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie est restée stable ainsi que le nombre de demandes traitées. Celui-ci est passé de 37 761 à 37 872.

Pour l'année 2011-2012, on observe une légère augmentation de la proportion des demandes traitées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque pour la catégorie A par rapport à 2010-2011 mais une diminution pour la catégorie B. Durant la dernière année, 6 558 demandes pour la chirurgie cardiaque ont été réalisées par rapport à 6 374 pour l'année 2010-2011.

Les demandes pour le service d'électrophysiologie sont en croissance constante depuis plusieurs années avec de nouvelles indications pour certains traitements d'arythmie cardiaque. Cet état de fait explique que l'on observe, pour l'année 2011-2012, une diminution de la proportion des demandes traitées à l'intérieur des délais établis pour la catégorie A par rapport à 2010-2011 mais une légère augmentation pour la catégorie B. Toutefois, durant la dernière année, 9 371 procédures en électrophysiologie (y compris les cardiostimulateurs) ont été effectuées, ce qui représente une augmentation de 922 procédures par rapport à l'année 2010-2011. Trois nouvelles salles d'électrophysiologie sont fonctionnelles, ce qui explique en partie cette augmentation.

Objectif 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,7 %	97,1 %	90 % des personnes d'ici 2015

En 2011-2012, la proportion des patients ayant besoin d'un traitement de radio-oncologie qui ont été traités à l'intérieur du délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts s'est située au-delà de la cible de 90 %. Le pourcentage a été supérieur ou égal à 97 % pour 37 des 52 semaines de cette année financière.

AXE : **URGENCES**

Objectif 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	24,5 %	23,6 %	Au plus 15 % des séjours d'ici 2015
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	7,0 %	6,5 %	Moins de 1 % des séjours d'ici 2015
Séjour moyen sur civière	17,6 heures	17,2 heures	12 heures ou moins

Le Ministère, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, a assuré un suivi intensif auprès des urgences en difficulté afin de les soutenir dans l'élaboration d'objectifs de redressement. De plus, les travaux du Comité ministériel sur le désencombrement des urgences, créé en 2010, se poursuivent. Le mandat de ce comité consiste à déterminer les solutions en amont et en aval des urgences pour améliorer l'accès aux lits de courte durée.

Le déploiement des systèmes d'information dans les urgences se poursuit. Ces systèmes permettent d'obtenir quotidiennement des données concernant la situation dans 104 urgences. Le nombre de visites comptabilisées (ambulatoires et sur civière) se chiffre à 3 451 680 pour l'année 2011-2012.

En 2011-2012, on observe une légère amélioration des résultats par rapport à l'exercice précédent : le pourcentage des séjours de 24 heures et plus a connu une baisse de 24,5 % à 23,6 %, le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a diminué de 7,0 % à 6,5 % et le séjour moyen sur civière à l'urgence est passé de 17,6 à 17,2 heures.

De plus, il faut considérer une augmentation de 3,3 % du nombre d'usagers sur civière comparativement à l'année 2010-2011, comme l'indique le tableau qui suit. Près de la moitié de ces usagers sont arrivés en ambulance (44 %) et leur nombre total a connu une hausse de 2,3 % pour la même période. De même, les personnes de 75 ans et plus représentaient un peu plus du quart des patients sur civière (25,5 %) et leur nombre a augmenté de 3,3 %. On estime que ces deux types d'usagers sur civière (arrivés en ambulance et âgés de 75 ans et plus) nécessitent davantage de soins et de services.

Achalandage des unités d'urgence

	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ARRIVÉS EN AMBULANCE	NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE ≥ 75 ANS
2010-2011	1 040 935	463 079	265 709
2011-2012	1 075 939	473 786	274 599
Écart en nombre	35 004	10 707	8 890
Taux de variation	3,3 %	2,3 %	3,3 %

AXE : **SANTÉ MENTALE**

Objectif 3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Nombre total d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours[1]	5 572 usagers, soit une augmentation de 177 par rapport à 2009-2010	6 027 usagers, soit une augmentation de 632 par rapport à 2009-2010	Diminution

1 L'indicateur inscrit dans le Plan stratégique 2010-2015 est le suivant : « Pourcentage de personnes dont les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne ont débuté à l'intérieur de 60 jours ». Actuellement, aucune source de données standardisées n'existe dans le réseau de la santé mentale permettant de mesurer cet indicateur. L'indicateur présenté fait partie des indicateurs de gestion suivis par le Ministère en 2011-2012 dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité qu'il a signées avec les agences.

Le nombre de personnes, jeunes et adultes, qui attendent pour recevoir des services de santé mentale spécialisés se révèle préoccupant, d'autant plus qu'il s'est accru au cours des derniers exercices. En effet, au 31 mars 2012, 6 027 personnes attendaient depuis plus de 60 jours des services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale alors qu'au 31 mars 2011, ce nombre était de 5 572 personnes.

Le Ministère poursuit intensivement la mise en place des mesures prévues dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010 pour assurer l'accès aux services dans les délais fixés. Cependant, on observe depuis quelques années l'atteinte d'une limite dans le développement de ces services, tant du côté des adultes que des enfants et des jeunes. Un effort renouvelé des établissements de santé est donc requis si l'on souhaite une réduction notable des délais d'accès.

ENJEU 4
LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

Orientation 4.1
Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

AXE : **CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

Objectif 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis :			
▪ Diarrhées associées au *Clostridium difficile*	75 %	79 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline	91 %	89 %	90 % des CHSGS d'ici 2015
▪ Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	91 %	89 %	90 % des CHSGS d'ici 2015

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales sont des enjeux importants de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé. À cette fin, des programmes obligatoires de surveillance d'infections nosocomiales ont été instaurés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Les indicateurs permettent de suivre la situation épidémiologique et de réagir auprès des établissements et des agences pour circonscrire les circonstances expliquant les écarts et apporter les mesures correctrices appropriées.

Les diarrhées à *Clostridium difficile* font l'objet d'une surveillance obligatoire dans 89 installations de courte durée du Québec. Les installations ciblées sont celles qui comptabilisent 1 000 admissions ou plus par année en soins de courte durée, excepté la psychiatrie, la pouponnière et la néonatologie. En 2011-2012, 70 installations ont des taux annuels d'incidence inférieurs ou égaux à leur taux d'incidence ciblé, soit trois installations de plus qu'en 2010-2011.

Les bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ont été suivies systématiquement dans 88 installations en 2011-2012. Il s'agit d'installations qui enregistrent 1 000 admissions et plus par année en soins de courte durée, sauf les unités de soins de longue durée, la psychiatrie et la pouponnière, mais y compris les soins intensifs néonataux. En 2011-2012, 78 installations respectent le taux d'incidence ciblé. Il s'agit d'un nombre similaire à celui de l'année précédente.

La surveillance des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux est obligatoire dans les installations ayant des unités de soins intensifs de dix lits ou plus, sauf les unités de soins coronariens. Parmi les 44 unités suivies en 2011-2012, 89 % (39/44) ont des taux annuels d'incidence de bactériémies sur cathéters centraux inférieurs ou égaux au taux d'incidence ciblé dans leur catégorie. Il s'agit également d'une proportion similaire à celle de l'année précédente.

La mise en œuvre du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec 2010-2015 suit son cours et respecte de façon générale les échéanciers prévus. L'implantation de programmes obligatoires de surveillance se poursuit telle qu'elle avait été prévue au plan d'action ainsi que l'élaboration et le développement de mesures de prévention et de contrôle dans les différentes sphères d'activité, notamment en hygiène et salubrité, en retraitement des dispositifs médicaux, en immobilisation et en formation. Des avis et des lignes directrices sur des sujets spécifiques ont été émis par le Comité des infections nosocomiales du Québec. De plus, au besoin, des visites sont réalisées par les agences afin de soutenir les établissements aux prises avec une problématique particulière.

Orientation 4.2
Valoriser l'apport de la mission universitaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux

AXE : **CRÉNEAUX D'EXPERTISE ET FORMATION**

Objectif 4.2.1 Identifier dans chaque établissement les créneaux d'expertise en services de santé et en services sociaux dans une perspective de complémentarité entre les établissements ayant une mission universitaire

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Créneaux d'expertise identifiés	Non disponible	Services de santé : non disponible Services sociaux : 100 %	De 2010 à 2015

Au 31 mars 2012, dans le domaine social, cinq établissements ont une désignation d'institut universitaire et six établissements ont une désignation de centre affilié universitaire. Tous les établissements dans le domaine social ont déterminé leurs créneaux d'expertise en services sociaux.

AXE : **ÉVALUATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES**

Objectif 4.2.3 Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche destinées et adaptées au réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage d'établissements avec désignation universitaire ayant mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances	Non disponible	Services de santé : non disponible Services sociaux : 100 %	100 % d'ici 2015
Inventaire des activités accomplies en transfert des connaissances destinées au réseau réalisé	Non disponible	Services de santé : non disponible Services sociaux : inventaire réalisé	Réalisation dans le cadre du Plan stratégique 2010-2015

Objectif 4.2.4 Assurer la réalisation d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ou de pratique) en santé et en services sociaux dans les établissements ayant une désignation universitaire

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Nombre de projets d'évaluation réalisés : ▪ par les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)	Non disponible	Non disponible	Augmentation
▪ par les unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux	Non disponible	7 projets	Augmentation

LES SERVICES SOCIAUX

Afin d'obtenir une désignation universitaire – institut universitaire ou centre affilié universitaire – par le ministre en vertu des articles 90 et 91 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements qui en font la demande doivent répondre aux critères énoncés dans la Loi et à ceux du Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux.

Le transfert des connaissances

Au 31 mars 2012, les onze établissements avec désignation universitaire avaient mis en place une structure fonctionnelle de transfert des connaissances comprenant notamment l'identification de personnes responsables du transfert des connaissances de même que la réalisation d'activités en cette matière. L'inventaire réalisé par les établissements permet d'ailleurs d'apprécier la diversité des activités réalisées en transfert de connaissances dont la publication d'articles scientifiques, la réalisation de projets de recherche en partenariat et des guides de pratique et d'accompagnement.

L'évaluation des modes de pratique

En ce qui concerne la réalisation de projets d'évaluation, seuls les instituts universitaires sont assujettis à cet objectif du plan stratégique. L'indicateur permet de suivre l'évolution du travail accompli au sein des unités d'évaluation des modes de pratique en services sociaux. Cette année, sept projets d'évaluation ont été réalisés. Considérant qu'il s'agit d'un secteur en développement dans le domaine social, le Ministère s'attend à une augmentation du nombre de projets dans le futur.

Orientation 4.3
Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

AXE : **DOSSIERS CLINIQUES INFORMATISÉS**

Objectif 4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Processus de qualification d'un nombre limité de solutions informatiques de DME et de DCI réalisé	Aucun	1 processus réalisé qui a permis d'homologuer 7 solutions DME	3 processus d'homologation des DME réalisés d'ici 2015[1]
Pourcentage des établissements qui utilisent une solution informatique de DCI	11 %	11 % (14 sur 122 établissements)	50 % des établissements visés d'ici 2015

1. La cible a été précisée par rapport au libellé inscrit au Plan stratégique 2010-2015.

Un dossier médical électronique (DME) est une application informatique se référant au dossier médical d'un patient dans le contexte d'une clinique médicale. Le DME est utilisé par les professionnels de la santé dans le but de documenter, d'organiser, de visionner et de communiquer l'information clinique et sociodémographique du patient.

Le processus de qualification s'est réalisé à l'aide d'un appel d'homologation. Ainsi, la première opération d'homologation des DME effectuée en 2011-2012 a retenu sept solutions qui sont interopérables avec le domaine médicament du Dossier de santé du Québec (DSQ). Au mois de février 2012, une deuxième phase d'homologation des DME a été lancée et vise à ce que toutes les solutions homologuées soient interopérables avec le domaine laboratoire du DSQ en plus de celui du médicament.

Un dossier clinique informatisé (DCI) est un dossier du patient qui est tenu par un établissement hospitalier et qui contient tous les renseignements consignés par les cliniciens de cet établissement au moment de la consultation, de la période de traitement ou de l'hospitalisation. Le partage des renseignements inscrits est limité à ces seuls cliniciens, à moins que le patient n'ait donné son consentement à ce que d'autres personnes y aient accès.

Les 122 établissements ciblés pour l'utilisation d'une solution pour le DCI sont les 94 centres de santé et de services sociaux ainsi que 28 centres hospitaliers, répartis dans toutes les régions du Québec. Au 31 mars 2012, 14 des 122 établissements visés utilisaient un tel dossier, soit 11 %.

De plus, des analyses portant sur l'acquisition et l'implantation de solutions pour le DCI sont en cours dans certains établissements ainsi que dans certaines agences de la santé et des services sociaux.

ENJEU 5

L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

Orientation 5.1

Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

AXE : **DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE**

Objectif 5.1.1 Assurer une répartition équitable des postes de résidence entre la médecine de famille et la médecine spécialisée

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage des postes de résidence comblés par des étudiants inscrits dans un programme de médecine familiale	42 %	43 %	50 % des postes d'ici 2015

Objectif 5.1.2 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010[1]	RÉSULTATS 2011[2]	CIBLES
Degré d'atteinte des cibles de recrutement autorisé de médecins en début de pratique au Québec (nouveaux facturants) dans les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille par catégorie de régions[3] :			
régions éloignées	100 %	123 %	80 %
régions intermédiaires	98 %[4]	108 %	80 %
régions périphériques	101 %	101 %	80 %
régions universitaires	101 %	100 %	80 %
Degré d'atteinte des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par rapport aux postes autorisés en établissement en médecine spécialisée par catégorie de régions[3] :			
régions éloignées	80 %	80 %	80 %
régions intermédiaires	86 %	87 %	80 %
régions périphériques	93 %	91 %	80 %
régions universitaires	96 %	96 %	80 %

1. Le PREM 2010 en médecine de famille était en vigueur du 1er décembre 2009 au 30 novembre 2010, tandis que le PREM 2010 en médecine spécialisée était en vigueur du 1er décembre 2009 au 17 février 2011.
2. Le PREM 2011 en médecine de famille était en vigueur du 1er décembre 2010 au 30 novembre 2011, tandis que le PREM 2011 en médecine spécialisée était en vigueur du 18 février 2011 au 30 novembre 2011.
3. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Nord-du-Québec, le Nunavik ainsi que les Terres-Cries-de-la-Baie-James.
   Les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais.
   Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.
   Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.
4. Le résultat 2010 a été revu à la baisse (98 % au lieu de 100 %) en raison d'un désistement.

LE POURCENTAGE DES POSTES DE RÉSIDENCE COMBLÉS PAR DES ÉTUDIANTS INSCRITS DANS UN PROGRAMME DE MÉDECINE FAMILIALE

En 2011-2012, 805 nouveaux résidents ont commencé leur formation postdoctorale dans le contingent régulier ; 346 d'entre eux étaient inscrits dans un programme de médecine familiale. Ainsi, 43 % des postes de résidence liés à ce programme étaient comblés, comparativement à 42 % en 2010-2011.

Les mesures de valorisation de la médecine familiale devront se poursuivre afin d'atteindre la cible en 2015. L'exposition des étudiants à des médecins de famille pendant le pré-externat et l'externat devra quant à elle être augmentée, de manière à favoriser le choix de cette profession (*role model*). Par ailleurs, des politiques pour accroître l'attrait pour la médecine de famille ont été mises en place récemment dans les facultés de médecine.

LES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accès aux services médicaux ; les plans régionaux d'effectifs médicaux visent à assurer une plus grande équité d'accès sur ce point. La notion d'équité comprend deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services ;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Les médecins de famille

En médecine de famille, les données indiquent que les niveaux d'atteinte des plans régionaux d'effectifs médicaux dans plusieurs régions du Québec sont au-delà de 100 %. Pour les régions intermédiaires et éloignées, ces pourcentages s'expliquent par les modalités de gestion des plans. En effet, pour ces régions, les cibles de recrutement selon la catégorie de médecins (nouveaux facturants ou médecins déjà en pratique venant d'une autre région) sont données à titre indicatif. En fonction des opportunités de recrutement qui s'offrent à elles, les autorités d'une région intermédiaire ou éloignée peuvent modifier ces cibles, sans toutefois dépasser le recrutement total autorisé. Dans les régions périphériques, le dépassement est dû à un dépassement autorisé pour permettre le recrutement d'un médecin sous permis restrictif dans l'une de ces régions.

Il est à noter que ces résultats pourraient être revus à la baisse puisque le délai d'installation d'un médecin de famille peut s'échelonner sur un an et que des désistements peuvent survenir.

Les médecins spécialistes

Pour les plans régionaux d'effectifs médicaux 2011 en médecine spécialisée, la cible de 80 % a été atteinte dans toutes les catégories de régions. Ces résultats sont la conséquence d'une gestion rigoureuse des plans, particulièrement dans les régions universitaires. En outre, la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé favorise une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Tant en médecine de famille qu'en médecine spécialisée, le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, devront continuer à offrir des mesures incitatives non seulement pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi pour favoriser une meilleure répartition intrarégionale.

AXE : **DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU**

Objectif 5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Ne s'applique pas	81,7 %	100 % des établissements d'ici 2015

Depuis 2010-2011, les établissements doivent mettre en œuvre des activités prévues dans un plan d'action visant à réviser les processus de soins et de services et de réorganisation du travail. Ces activités doivent être réalisées en collaboration avec les instances syndicales et professionnelles locales.

Au 31 mars 2012, 81,7 % des établissements avaient complété au moins une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail, soit un total de 147 établissements sur 180. Parmi leurs réalisations, notons les projets en réorganisation des processus en soins infirmiers, les projets d'optimisation en services à domicile et dans les urgences ainsi que divers projets LEAN.

Objectif 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES[1]
Pourcentage des heures supplémentaires :			
▪ infirmières	5,73 % des heures travaillées	5,59 % des heures travaillées	5,12 % des heures travaillées en 2015
▪ ensemble du réseau	3,35 % des heures travaillées	3,40 % des heures travaillées	3,11 % des heures travaillées en 2015

1. Conformément au Plan stratégique 2010-2015, chacune des cibles correspond à une diminution de 10 % de la situation qui prévalait en 2009-2010, soit 5,69 % dans le cas des infirmières et 3,46 % dans le cas de l'ensemble du réseau.

Objectif 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

INDICATEURS	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES[1]
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers :			
▪ infirmières	4,23 %	3,80 %	3,45 % en 2015
▪ infirmières auxiliaires	2,38 %	2,06 %	2,26 % en 2015
▪ préposés aux bénéficiaires	1,55 %	1,24 %	1,38 % en 2015

1. Conformément au Plan stratégique 2010-2015, chacune des cibles correspond à une diminution de 25 % de la situation qui prévalait en 2009-2010, soit 4,61 % dans le cas des infirmières, 3,01 % dans le cas des infirmières auxiliaires et 1,84 % dans le cas des préposés aux bénéficiaires.

Pour 2014-2015, le Ministère vise une réduction de 10 % des heures supplémentaires par rapport au pourcentage de 2009-2010 et de 25 % du recours à la main-d'œuvre indépendante. En 2011-2012, le pourcentage des heures supplémentaires a diminué de 1,8 % pour les infirmières et de 1,7 % pour l'ensemble du réseau, par rapport à 2009-2010. Entre 2009-2010 et 2011-2012, le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante a connu une diminution de 17,6 % pour les infirmières, de 31,6 % pour les infirmières auxiliaires et de 32,6 % pour les préposés aux bénéficiaires. Soulignons que les résultats obtenus pour les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires atteignent déjà la cible prévue pour 2015.

Des actions ont été amorcées par le Ministère dans le but de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires. En juin 2011, des directives ministérielles ont été transmises aux établissements pour encadrer le recours à la main-d'œuvre indépendante (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires). Ces règles précisent les paramètres contractuels applicables entre un établissement et un fournisseur de main-d'œuvre indépendante. Elles visent à assurer une prestation de soins et de services de qualité et sécuritaires auprès des usagers du réseau de la santé et des services sociaux et à restreindre le recours à la main-d'œuvre indépendante. Au cours de l'hiver 2012, le Ministère a également mis en place une démarche d'accompagnement des établissements qui démontrent une utilisation importante de main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire.

Afin d'atteindre cet objectif, les établissements et les agences utilisent les différents leviers d'action découlant de la stratégie ministérielle relative aux soins infirmiers, tels que les projets d'organisation du travail, les programmes de soutien clinique (préceptorat) et les mesures intégrées pour améliorer le climat de travail. Ces actions sont aussi réalisées dans la perspective d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre. Enfin, la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante et aux heures supplémentaires s'inscrit dans les projets d'optimisation du réseau visant ainsi une meilleure gestion des ressources humaines et financières.

AXE : **DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL D'ENCADREMENT ET ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE MANAGEMENT**

Objectif 5.1.7 Réaliser des initiatives novatrices qui visent l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien au rôle et aux responsabilités des cadres

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage des projets réalisés conformément au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien aux cadres	Appel et sélection des projets Démarrage le 1er mars 2011 des 9 projets retenus	9 projets sont en cours de réalisation, tel que prévu	100 % des projets

Objectif 5.1.8 Mettre en place, à l'échelle nationale, un programme de relève du personnel d'encadrement de niveau supérieur (direction générale et direction générale adjointe)

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage des places prévues dans le programme de relève des hors-cadres comblées par des cadres supérieurs chaque année	100 % des 32 places disponibles en 2010-2011	90 % des 20 places disponibles en 2011-2012	100 % de la cible nationale fixée annuellement

LA RÉALISATION DE PROJETS POUR AMÉLIORER LES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE SOUTIEN AUX CADRES

En 2011-2012, la première phase du programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres a été amorcée et neuf projets financés sont en cours de réalisation. Afin de favoriser le partage des connaissances sur les bonnes pratiques de gestion des cadres, un bulletin d'information a été créé et rendu disponible à l'ensemble du réseau. De plus, un espace collaboratif et une communauté de pratique ont été mis sur pied à l'intention des établissements participants.

Par ailleurs, une nouvelle phase est prévue en 2012-2013, en continuation de ces actions. Alors que dans la première phase les établissements réalisaient un seul projet d'une durée de deux ans, dans la deuxième, chaque établissement aura la possibilité de réaliser deux projets d'une durée d'environ six mois.

LE PROGRAMME DE RELÈVE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DE NIVEAU SUPÉRIEUR

Parmi les 26 candidatures reçues en 2011-2012, 18 répondaient aux critères d'admissibilité du programme de relève des hors-cadres (direction générale et direction générale adjointe), ce qui a permis de combler 90 % des places disponibles. Ce programme de relève est en place depuis septembre 2009. Chez les 99 personnes admises dans les quatre premières cohortes du programme, 31 ont obtenu un poste de hors-cadre, soit 13 occupant un poste de directeur général et 18 un poste de directeur général adjoint. En 2012-2013, 20 places seront disponibles dans le programme.

Orientation 5.2
Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

AXE : **RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL**

Objectif 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

INDICATEURS[1]	RÉSULTATS 2010-2011	RÉSULTATS 2011-2012	CIBLES
Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	29,4 %	51,7 %	100 % des établissements d'ici 2015
Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	12,8 %	13,9 %	50 % des établissements d'ici 2015
Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	5,75 %[2]	5,86 %[2]	Ratio de 5,15 %[3]

1 Les résultats de l'indicateur « Obtention et maintien par le Ministère de la certification selon la norme Entreprise en santé », suivi dans le cadre de cet objectif du Plan stratégique 2010-2015, sont présentés dans la partie 4 du présent document (voir action 2).

2 Résultat couvrant les douze premières périodes de l'année financière.

3 L'atteinte en 2015 d'un ratio d'assurance salaire de 5,15 % correspond à une diminution de 7,1 % du ratio par rapport à la situation qui prévalait en 2009-2010, soit 5,54 %.

LE PROCESSUS D'AGRÉMENT INCLUANT LE VOLET DE MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

En 2011-2012, les 38 établissements soumis au processus d'agrément l'ont tous obtenu incluant le volet de mobilisation des ressources humaines. Depuis 2010-2011, 51,7 % des établissements ont obtenu un tel agrément.

L'ACCRÉDITATION DES ÉTABLISSEMENTS PAR UN PROGRAMME VISANT L'AMÉLIORATION DU CLIMAT DE TRAVAIL

Au 31 mars 2012, un nouvel établissement avait été accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat du travail et 43 établissements étaient engagés dans un tel processus. Depuis 2010-2011, les résultats montrent que 13,9 % de l'ensemble des établissements sont déjà accrédités. Soulignons que ces démarches structurées et structurantes (Planetree, Entreprise en santé et Hôpitaux promoteurs de santé) continuent d'être mises en œuvre par de plus en plus d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

LA GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

Pour l'exercice financier 2011-2012, le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées s'est établi à 5,86 %, comparativement à 5,75 % en 2010-2011. Les résultats montrent ainsi une augmentation de 1,91 % du ratio entre les deux exercices financiers alors que la cible vise une diminution.

Compte tenu de cette situation, le dossier de la présence au travail demeure une vive préoccupation des organisations du réseau. La mise en œuvre de diverses activités en vue d'améliorer la gestion de la présence au travail se poursuit en étroite collaboration entre le Ministère, les agences ainsi que les établissements. Le dossier de la gestion de la présence au travail est d'ailleurs devenu un chantier national dans le cadre des travaux d'optimisation coordonnés par le Ministère.

Objectif 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

INDICATEUR	RÉSULTAT 2010-2011	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	79 %	87 %	100 % des établissements d'ici 2015

Le programme de soutien à la relève professionnelle (préceptorat) est un programme clinique mis en place depuis 2008 pour accompagner les infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de deux ans d'expérience. Cet accompagnement professionnel est offert par une infirmière d'expérience (préceptrice) afin d'aider les infirmières et infirmières auxiliaires novices à acquérir les compétences nécessaires à une pratique sécuritaire. Mis en place aux États-Unis dans les années 1980 par les « hôpitaux aimants »[2], des programmes similaires ont permis à moyen et à long terme d'attirer et de retenir davantage les infirmières et infirmières auxiliaires dans leur milieu de travail ainsi que de stabiliser les équipes de soins.

Le Ministère réserve annuellement 14,2 millions de dollars pour ce programme. En 2011-2012, l'admissibilité au programme a été élargie aux infirmières et infirmières auxiliaires qui se voient attribuer un poste dans un programme clinique nécessitant des compétences nouvelles et différentes de celles maîtrisées dans leurs anciens postes.

Au 31 mars 2012, 87 % des établissements ciblés dans les seize régions avaient mis en place leur programme de soutien clinique (préceptorat) et 8 386 infirmières et infirmières auxiliaires ont bénéficié de ce programme sur une possibilité de 12 950 apprenantes, soit une proportion de 65 %.

2. Les « hôpitaux aimants » (*Magnet Hospitals*) sont un modèle d'hôpitaux visant à développer un environnement de qualité pour les infirmières.

ENJEU 6
UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

Orientation 6.1
Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

AXE : **OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES**

Objectif 6.1.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Mise en œuvre d'une démarche d'optimisation de portée nationale[1]	Démarche en cours	2011 à 2014

1. L'indicateur a été modifié par rapport au Plan stratégique 2010-2015 afin de mieux suivre les activités planifiées et en cours.

Le gouvernement a misé sur une approche limitant à 5 % la progression annuelle du financement des dépenses totales de santé. Cela signifie que le système de santé et de services sociaux doit composer avec un écart de croissance de financement qui se traduit par une démarche d'optimisation de l'ordre de 730 millions de dollars depuis le 1er avril 2011, et ce, jusqu'au 31 mars 2014.

Les objectifs de la démarche d'optimisation visent la production de gains d'efficience et de gains financiers. Dans cette perspective, le Ministère ainsi que les agences ont adopté une démarche d'optimisation permettant d'atténuer la pression causée par la croissance des besoins. Cette démarche vise à améliorer l'accès aux services par une utilisation plus judicieuse des ressources matérielles, humaines et financières, y compris les immobilisations et les technologies de l'information. Les résultats de cette démarche permettent de dégager la marge de manœuvre nécessaire pour faire face à la croissance de la demande et ils encouragent l'implantation de pratiques efficientes susceptibles d'accroître l'accès aux services.

En plus de la mise en place d'une structure de concertation régionale, l'année 2011-2012 a servi à consolider la participation des régions et à exiger une rigueur accrue des systèmes de gestion ainsi qu'une reddition de comptes soutenue. Deux cibles ont été identifiées dans cette démarche de consolidation. La première se situe sur le plan de l'accessibilité des services de santé et la seconde sur le plan du fonctionnement et des coûts inhérents. Les objectifs suivants sont considérés dans le cadre de la démarche d'optimisation :

- assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre adéquate, en quantité suffisante et stable pour répondre aux besoins des usagers ;
- optimiser les modes de dispensation de soins et de services et les modalités d'organisation du travail pour assurer une utilisation optimale des ressources humaines disponibles ;
- optimiser les résultats pour les usagers en assurant l'accessibilité et des services de qualité.

Le Ministère, les agences et les associations d'établissements ont tous été impliqués intensivement pour, notamment, faire avancer la démarche d'optimisation et en assurer la pérennité. De plus, la mise en place d'un comité directeur ministériel de coordination et de suivi, composé des représentants des sept directions générales ministérielles, a favorisé une meilleure synergie de gestion des 26 chantiers nationaux.

Les éléments significatifs de l'année 2011-2012 sont :

- la mise en place du comité directeur ministériel de coordination et de suivi des projets d'optimisation ;
- l'intégration des projets d'optimisation aux ententes de gestion et d'imputabilité 2012-2013 ;
- la collaboration transversale des directions ministérielles sur le continuum de services aux usagers ;
- la mise en place d'une table composée de représentants du Ministère, d'agences de la santé et des services sociaux et d'associations des établissements pour, entre autres, éliminer les dédoublements des demandes ministérielles ;
- la création d'un tableau de reddition de comptes fait en collaboration et en concertation avec les agences pour le suivi continu des 26 projets nationaux d'optimisation. La mise à jour est assurée en tripartie.

Objectif 6.1.2 Développer des indicateurs comparatifs d'amélioration de la productivité dans certains secteurs

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Méthodologie et indicateurs disponibles	En développement	2010 à 2015

Le Ministère a entrepris des travaux pour développer des indicateurs qui alimenteront la dimension « efficience » de son cadre d'évaluation de la performance. Les indicateurs en développement ont trait au soutien à domicile et au bloc opératoire.

AXE : **SUIVI ET RÉTROACTION SUR LA PERFORMANCE**

Objectif 6.1.3 Évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et assurer une rétroaction sur les résultats

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Cadre d'analyse diffusé	Réalisé	2011

Comme premier jalon à la réalisation de l'objectif susmentionné, le Ministère s'est doté d'un cadre de référence. Élaboré en collaboration avec les différentes directions générales du Ministère, le projet de cadre de référence a fait l'objet d'une consultation auprès de représentants d'agences et des principaux partenaires ministériels intéressés par l'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux. Il a été présenté aux autorités ministérielles le 31 janvier 2012, qui l'ont entériné et ont autorisé sa diffusion auprès des agences et des établissements.

Le cadre de référence propose une définition de la performance et de chacune de ses dimensions. Il préconise un cadre théorique qui présente le système public de santé et de services sociaux comme l'un des déterminants de la santé et du bien-être de la population et comme le produit d'un ensemble de conditions structurelles. Il propose de plus une stratégie d'évaluation respectueuse de la structure de gouvernance, de l'architecture des services et des principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services qui doivent présider à l'organisation des services. Il identifie également les diverses composantes de l'éventuel système de suivi de la performance, soit des tableaux de bord documentés par des indicateurs, dont les indicateurs de performance auxquels seront associées des normes. Le cadre de référence esquisse enfin une stratégie d'implantation de la fonction d'évaluation de la performance en vue de sa systématisation au sein du Ministère et du réseau.

Orientation 6.2
Assurer une gouvernance plus imputable

AXE : **PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ET RÈGLES D'IMPUTABILITÉ**

Objectif 6.2.1 Clarifier, dans une perspective de subsidiarité, le partage des responsabilités ainsi que les règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Précisions apportées à la gouvernance par voie administrative ou législative	Adoption de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux	2011-2012

La Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (2011, chapitre 15) a été sanctionnée le 13 juin 2011. Elle apporte des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment en ce qui concerne le rôle et les responsabilités des conseils d'administration des agences et des établissements. Il revient aux conseils d'administration d'adopter leur plan stratégique et leur rapport annuel de gestion ainsi que de s'assurer du suivi de la performance. Les conseils doivent également favoriser la mise en réseau avec les partenaires locaux, régionaux ou nationaux. Quant au président du conseil d'administration, il doit, conjointement avec le directeur général de l'établissement, rendre compte à l'agence des résultats obtenus.

La Loi clarifie également les règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local dans une perspective de subsidiarité. Elle assure par le fait même une cohérence dans l'exercice de la planification stratégique et dans celui de la reddition de comptes aux trois paliers de gestion. Désormais, tous les paliers devront produire un plan stratégique avec des éléments communs et, comme c'était déjà le cas pour le Ministère, le rapport annuel de gestion de chacun devra rendre compte de l'atteinte des objectifs de ce plan. Enfin, la ligne d'imputabilité est précisée puisque la reddition de comptes se fera auprès du palier supérieur.

À la suite de l'adoption de la Loi, le Ministère a également révisé les circulaires concernant la production des plans stratégiques et des rapports annuels de gestion par les agences et les établissements dans un souci d'uniformisation des outils de gestion.

AXE : **RÉVISION DES PROCESSUS ADMINISTRATIFS**

Objectif 6.2.2 Procéder à l'allègement de la réglementation et des normes administratives en vigueur

INDICATEUR	RÉSULTAT 2011-2012	CIBLE
Règlementation et normes administratives révisées	Révision de la réglementation en cours	2011 à 2015

LA RÉVISION DE LA RÉGLEMENTATION

Le Ministère a entrepris un exercice de révision de la réglementation en vigueur dans le but de l'adapter à la législation actuelle et de l'alléger lorsque cela est requis. Le premier volet de la démarche entreprise en 2011-2012 porte sur le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, dont l'adoption remonte à 1984. La révision de ce règlement est prioritaire compte tenu de son influence sur la gestion de l'ensemble des établissements et des agences du réseau de la santé et des services sociaux.

La révision a fait l'objet cette année de nombreuses séances de travail ainsi que de consultations à l'interne du Ministère et auprès de certains experts. Une rédaction préliminaire du projet de règlement est en cours. Celui-ci sera ensuite soumis à une plus vaste consultation avant sa prépublication prévue au cours de la prochaine année.

LA RÉVISION DES NORMES ADMINISTRATIVES

Le Ministère a actualisé la circulaire concernant les rapports annuels de gestion des établissements publics et privés. Celle-ci tient compte des nouvelles dispositions de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (2011, chapitre 15) affectant la production du rapport annuel de gestion. La circulaire confirme également que le Ministère n'a plus à recevoir les rapports annuels des établissements, mais seulement ceux des agences. Enfin, des éléments ont été assouplis de façon à réduire la charge dévolue aux établissements. Au 31 mars 2012, il était prévu que cette circulaire serait diffusée à l'ensemble du réseau en avril 2012.

PARTIE 4

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN D'ACTION DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2009-2013

En avril 2006, l'Assemblée nationale a adopté la Loi sur le développement durable. Conformément à cette loi et soutenue par une consultation publique et une commission parlementaire tenues à l'automne 2007, la Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013 est entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

Cette stratégie invitait l'ensemble des ministères et des organismes à se doter d'un plan d'action en matière de développement durable avant le 31 mars 2009. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a alors publié son Plan d'action de développement durable 2009-2013. Ce plan inclut seize actions pour lesquelles la reddition de comptes se fait au moyen du rapport annuel de gestion, tel que le prescrit la loi précitée.

Cette partie fait état des résultats atteints au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 du Ministère. Il importe de préciser que cet exercice de reddition de comptes ne porte pas sur l'ensemble des actions et des gestes définis dans le plan d'action ministériel, mais bien sur ceux réalisés en 2011-2012 et pour lesquels des données étaient disponibles.

ORIENTATION 1
INFORMER, SENSIBILISER, ÉDUQUER, INNOVER

Objectif gouvernemental 1
Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière ainsi que l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre

» Objectif organisationnel

Faire connaître, au sein du Ministère, la Loi sur le développement durable, la nature et la portée de ses seize principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable

ACTION 1 : **SENSIBILISATION ET FORMATION DES EMPLOYÉS DU MINISTÈRE À LA DÉMARCHE GOUVERNEMENTALE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE**

Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Taux des personnels ciblés du Ministère ayant suivi une formation traitant minimalement de deux contenus de référence[1]	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

1. Le libellé de cet indicateur a été modifié par le Comité interministériel de développement durable en juin 2010.

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2011-2012, mais des gestes ont été posés.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Mise en œuvre d'un plan de sensibilisation et d'un plan de formation comprenant, entre autres :				
▪ une présentation aux nouveaux arrivants		X		
▪ la production et la diffusion de capsules d'information		X		
▪ la présentation d'information sur le développement durable à l'ensemble des employés (présentations ciblées, conférences thématiques, etc.)		X		
▪ la formation sur les pratiques liées au développement durable donnée aux différentes catégories de personnel		X		

Amorcée en 2006, la sensibilisation au développement durable de l'ensemble du personnel au Ministère se poursuit. Parmi les moyens utilisés, on trouve :

- des présentations aux nouveaux arrivants ;
- la diffusion de capsules d'information portant sur les principes de développement durable sur l'intranet ministériel ;
- la tenue de conférences thématiques sur les transports actifs et collectifs et le programme de navettage durable.

Le plan de formation au développement durable 2012-2013 a été présenté et approuvé au comité de direction du Ministère en mars 2012. Sa mise en œuvre est prévue de mai 2012 à mars 2013. Le nombre de personnes à former se chiffre à 400. Considérant que la cible gouvernementale a été fixée à 50 %, au moins 200 employés sont visés par la formation.

ORIENTATION 2

RÉDUIRE ET GÉRER LES RISQUES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ, LA SÉCURITÉ ET L'ENVIRONNEMENT

Objectif gouvernemental 4

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement

» Objectif organisationnel Favoriser des environnements sains pour les personnels et clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 2 : **ORGANISATIONS EN SANTÉ**

Faire du Ministère une organisation certifiée « Entreprise en santé », promouvoir la norme auprès de différentes organisations intéressées et leur faire profiter de l'expérience acquise

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Certification renouvelée[1]	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

1. Cet indicateur est également suivi dans le cadre de l'objectif 5.2.1 du Plan stratégique 2010-2015.

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2011-2012. Par contre, afin de maintenir la certification « Entreprise en santé », le Ministère doit être audité par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) annuellement. Cette année, les audits de maintien ont eu lieu en février 2012. Le rapport du BNQ confirme que le Ministère conserve son titre d'« Entreprise en santé » pour une autre année.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Rencontres d'information, consultations, groupes de discussion et entrevues			X	
Adoption et diffusion du plan d'action			X	
Mise en œuvre du plan d'action		X		
Évaluation des actions		X		
Promotion de la démarche et des résultats dans le réseau		X		
Soutien et échanges avec les quatre établissements du réseau engagés dans des projets pilotes visant la certification « Entreprise en santé »		X		
Partage d'expériences et d'expertises avec les autres ministères et organismes intéressés		X		

ACTION 3: **POLITIQUES ALIMENTAIRES**

Promouvoir et favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires chez le personnel et les clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux en offrant des environnements alimentaires sains

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Pourcentage des établissements ayant adopté une politique alimentaire	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2011-2012. Par contre, le Ministère et les agences ont poursuivi l'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre de l'ensemble des orientations du cadre de référence. Les données transmises par les agences indiquent que 84 % des établissements ont adopté leur politique alimentaire ou l'ont inscrite à l'agenda de leur conseil d'administration.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Consultation du réseau pendant la rédaction du cadre de référence			X	
Publication et diffusion du cadre de référence			X	
Rédaction de la politique du Ministère			X	
Offre de formations, réseautage et élaboration d'outils de soutien		X		
Démarche de suivi		X		
Promotion des projets réalisés au Ministère et au sein des établissements		X		

» Objectif organisationnel

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement à l'aide de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

ACTION 4 : RENFORCEMENT DE LA PRATIQUE D'ÉVALUATION D'IMPACT DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LA SANTÉ

Renforcer la qualité et l'efficience de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé en optimisant le recours aux différentes expertises disponibles au Ministère

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Actions permettant de renforcer la qualité et l'efficience de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé[1]	Mise en œuvre des actions permettant de renforcer la qualité et l'efficience de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé[1]	Mise en œuvre en cours

1 Les libellés de l'indicateur et de la cible ont été modifiés à la suite de l'analyse du traitement des demandes soumises au Ministère.

Le nouvel indicateur ainsi que les gestes qui lui sont associés permettent maintenant de mieux traduire en actions le renforcement de la qualité et l'efficience de l'évaluation d'impact sur la santé des politiques publiques. Ces actions sont les suivantes :

- analyser les pratiques d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) dans le cadre d'un projet de recherche subventionné et appliquer les recommandations émises ;
- assurer un suivi systématique des projets de politiques publiques soumis au Ministère et des projets de collaboration intersectorielle.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Analyse globale du traitement des demandes d'avis soumises au Ministère par les ministères et organismes publics dans le cadre de l'EIS			X	
Production d'un rapport d'évaluation des pratiques EIS[1]		X		
Diffusion des résultats et application des recommandations[1]	X			
Systématisation du suivi des projets pour lesquels le Ministère est sollicité pour avis[1]			X	
Suivi des travaux interministériels afin de compléter l'information sur les projets[1]		X		

1. Les libellés des gestes ont été modifiés à la suite de la reformulation de l'indicateur.

La production d'un rapport d'évaluation des pratiques EIS a été confiée en décembre 2011 à une équipe de recherche externe. Des résultats préliminaires sont attendus pour la fin du mois d'août 2012. Le rapport final sera disponible en 2013.

Le suivi des projets est effectué depuis 2008 dans le cadre de l'étude des crédits. En 2011-2012, 95 demandes d'avis ont été transmises au Ministère en vertu de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Le Ministère a émis des commentaires sur 22 projets (ajout d'information complémentaire, préoccupation exprimée, mesure d'atténuation proposée, etc.).

Le Ministère a procédé à un inventaire des actions interministérielles, dont la mise à jour sera systématisée sur une base annuelle. Une collecte d'informations a débuté en février 2012 et l'analyse des données est en cours au moment de la rédaction du présent rapport.

Objectif gouvernemental 5
Mieux préparer les communautés à faire face aux événements pouvant nuire à la santé et à la sécurité et en atténuer les conséquences

» Objectif organisationnel Favoriser la création et le maintien d'environnements extérieurs sains et sécuritaires pour les personnels et clientèles concernés

ACTION 5 : PROMOTION D'ENVIRONNEMENTS EXTÉRIEURS SAINS ET SÉCURITAIRES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Sensibiliser et outiller les gestionnaires de terrains du Ministère, du réseau et de l'administration gouvernementale, afin qu'ils intègrent des pratiques écologiques permettant d'offrir aux clientèles et aux personnels des environnements extérieurs sains et sécuritaires

INDICATEURS	CIBLES 2011-2012	RÉSULTATS 2011-2012
Guide produit	Production et diffusion d'un guide pour une gestion environnementale des terrains	Diffusion du guide
Taux de responsables de l'entretien des terrains de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ayant pris connaissance du Guide de bonnes pratiques – Gestion écoresponsable des terrains[1]	70 % des responsables de l'entretien des terrains du RSSS (excluant les propriétaires privés)	83 % des répondants ont pris connaissance du Guide

1 Le libellé de l'indicateur a été modifié.

Produit en 2010, le Guide de bonnes pratiques – Gestion écoresponsable des terrains a été envoyé, en avril 2011, aux gestionnaires des 18 autorités régionales qui l'ont, à leur tour, distribué aux responsables des établissements. Le nombre exact de responsables des terrains est toutefois impossible à estimer.

Pour évaluer l'atteinte de la cible, un sondage électronique a été mené neuf mois après la diffusion du guide. Le sondage a été effectué du 13 janvier au 3 février 2012, période pendant laquelle les responsables des terrains ont pu répondre à une quinzaine de questions. Plus de 68 personnes ont répondu au questionnaire.

Certaines questions ont servi à identifier le profil du répondant (questions sur la fonction occupée et la région sociosanitaire), d'autres à documenter des faits (questions sur la réception et l'utilisation du guide par exemple), et enfin, des questions ont été conçues pour recueillir des opinions (questions sur l'utilité et l'amélioration du guide, la mise en application des suggestions proposées dans ce guide). Un rapport d'évaluation peut être consulté pour obtenir plus de renseignements.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Constitution d'un groupe de travail visant la mise en œuvre et le suivi de l'action[1]				X
Portrait de la situation intégrant une évaluation des besoins des gestionnaires de terrains du réseau ainsi qu'une revue des techniques écoresponsables			X	
Production et diffusion d'un guide de bonnes pratiques sur la gestion environnementale des terrains			X	
Proposition d'un modèle de devis contenant les critères de gestion environnementale			X	
Conception d'un outil Internet permettant la diffusion des bons coups et des outils produits par le Ministère				X
Recension et promotion des bons coups en matière de gestion dans le réseau		X		

1. Ce geste a été modifié afin de mieux suivre les activités planifiées et en cours.

La diffusion du guide a eu lieu le 8 avril 2011.

La recension des bons coups en matière de gestion dans le réseau a débuté puisque des questions relatives à la mise en pratique de certaines suggestions du guide ont été posées lors du sondage mené en janvier 2012.

L'outil Internet qui sera utilisé existe déjà puisqu'il s'agit du recueil d'initiatives de développement durable disponible dans l'intranet réseau Développement durable.

ORIENTATION 3
PRODUIRE ET CONSOMMER DE FAÇON RESPONSABLE

Objectif gouvernemental 6
Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux

» Objectif organisationnel Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au Ministère

ACTION 6 : ADOPTION D'UN CADRE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET DE PRATIQUES D'ACQUISITIONS ÉCORESPONSABLES

Mettre en œuvre au Ministère des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Cadre de gestion environnementale adopté	Adoption d'un cadre de gestion environnementale	Cadre de gestion environnementale adopté

Le cadre de gestion environnementale et le plan de gestion environnementale ont été présentés et approuvés par le comité de direction du Ministère en juillet 2011.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Analyse des activités et des impacts environnementaux			X	
Conception, rédaction, adoption et mise en œuvre d'un cadre de gestion environnementale au Ministère		X		
Choix et adoption de pratiques d'acquisitions écoresponsables au Ministère		X		
Suivi		X		

Plusieurs activités issues du Plan de navettage durable ont été mises en œuvre dont notamment l'amélioration des espaces réservés aux vélos, la disponibilité de coffres à outils pour les réparations mineures des vélos, la promotion du programme Abonne-bus et le programme de retour garanti à domicile.

Relativement à la réduction des déplacements professionnels, deux nouvelles salles de visioconférence sont maintenant disponibles.

» Objectif organisationnel Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au sein du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 7 : **GESTION DES MATIÈRES RÉSIDUELLES**

Favoriser et soutenir l'adoption de pratiques permettant une saine gestion des matières résiduelles dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Énoncé d'une orientation ministérielle en matière de gestion des matières résiduelles	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2011-2012, mais des gestes ont été posés.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Rédaction et diffusion d'une orientation en matière de gestion des matières résiduelles	X			
Soutien aux projets pilotes en CSSS			X	
Diffusion des résultats dans l'ensemble du réseau et promotion d'autres initiatives		X		
Invitation aux établissements du réseau à implanter un plan de gestion des matières résiduelles	X			

Des guides ont été rédigés à la suite d'un projet pilote au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est et ont été mis en ligne sur l'intranet réseau Développement durable. Ils traitent des thèmes suivants : la gestion des matières résiduelles, l'éco-efficacité, la gestion intégrant les principes de développement durable ainsi que le démarrage et la mobilisation dans une démarche de développement durable.

Le Ministère fait également la promotion d'initiatives, notamment celles relatives à la gestion des matières résiduelles, par son recueil d'initiatives disponible sur l'intranet réseau Développement durable.

ACTION 8 : **PLAN D'ACTION INTÉGRÉ POUR LE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX**

Soutenir le retraitement des dispositifs médicaux au sein du réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Actions mises en œuvre en matière de retraitement des dispositifs médicaux[1]	Mise en œuvre des actions liées au retraitement des dispositifs médicaux	Mise en œuvre en cours

1 Les libellés de l'indicateur et de la cible ont été modifiés à la suite de l'adoption du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015

Les actions en matière de retraitement des dispositifs médicaux s'inscrivent dans le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2010-2015 ; 4 des 25 actions en traitent expressément. Ce sont :

- l'action 13 : uniformiser et mettre à niveau les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin de prévenir les infections nosocomiales ;
- l'action 14 : encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique ;
- l'action 17 : préciser les rôles et les responsabilités des instances locales, régionales et nationales relativement à la gestion d'un risque infectieux lié au retraitement (y compris la stérilisation) de dispositifs médicaux et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ces risques ;
- l'action 20 : développer l'expertise en prévention et en contrôle des infections des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et de la formation continue et plus spécifiquement concernant le retraitement des dispositifs médicaux ; soutenir les activités de formation des intervenants au regard du retraitement des dispositifs médicaux.

La mise en œuvre de ces actions s'est poursuivie en 2011-2012 et le degré d'avancement des travaux pour chacun des gestes contribuant à l'atteinte de cette cible apparaît ci-dessous.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Conception d'une formation reconnue pour le personnel de ce secteur			X	
Mise en place d'un mécanisme décisionnel pour la gestion des risques		X		
Énoncé d'une position sur le retraitement des dispositifs médicaux jetables			X	
Audits et visites de centres pour valider la conformité aux normes dans les établissements		X		

Le Ministère a travaillé à la mise en place du Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux, à l'Institut national de santé publique du Québec. Celui-ci remplace le Centre provincial d'expertise en stérilisation. Le document final définissant le mécanisme décisionnel pour la gestion des risques devrait être disponible d'ici la fin de l'exercice 2012-2013.

ACTION 9: **INTÉGRATION DE CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ DANS LES APPELS D'OFFRES**

Favoriser le recours à des critères d'écoresponsabilité pour l'octroi de contrats d'achat de biens et de services dans le réseau de la santé et des services sociaux

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Critères d'écoresponsabilité à considérer dans les processus d'appels d'offres définis et diffusés	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Les travaux relatifs à la définition et à la diffusion des critères liés à l'écoresponsabilité qui seront introduits dans les documents d'appels d'offres du Ministère ont été reportés d'une année.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Formation sur la nouvelle Loi sur les contrats des organismes publics, notamment sur la possibilité d'utiliser des critères environnementaux et de développement durable	X			
Promotion de l'utilisation de critères à caractère environnemental et de développement durable	X			
Appui au réseau dans ses démarches visant à élaborer des critères environnementaux et de développement durable et à les utiliser dans ses appels d'offres	X			

ACTION 10: **CRITÈRES D'ÉCORESPONSABILITÉ POUR LES PROJETS DE CONSTRUCTION**

Concevoir et promouvoir auprès du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires des critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction

INDICATEURS	CIBLES 2011-2012	RÉSULTATS 2011-2012
Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction définis	Dépôt des critères	Travaux en cours
Répertoire des guides de planification immobilière modifié[1]	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

1. Le libellé de l'indicateur a été modifié afin de mieux suivre les activités planifiées et en cours. Le cadre normatif a été remplacé par le Répertoire des guides de planification immobilière.

L'étude économique sur l'impact de l'application des critères d'écoresponsabilité a été finalisée.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Mise en place d'un comité conjoint avec la Corporation d'hébergement du Québec[1]			X	
Élaboration de critères en concertation avec les partenaires		X		
Ajout de cette préoccupation dans le Répertoire des guides de planification immobilière concernant l'élaboration d'un programme fonctionnel et technique afin que les établissements du réseau puissent, dès cette étape, prévoir l'inclusion de critères d'écoresponsabilité dans leurs projets de construction[2]	X			

1. Depuis le 1er juillet 2011, les activités de la Corporation d'hébergement du Québec ont été fusionnées à celles de la Société immobilière du Québec.
2. Le libellé de ce geste a été modifié afin de concorder avec le nouveau libellé de l'indicateur qui lui est associé.

Objectif gouvernemental 7
Promouvoir la réduction de la quantité d'énergie et de ressources naturelles et matérielles utilisées pour la production et la mise en marché de biens et de services

» Objectif organisationnel Optimiser les ressources matérielles utilisées dans le cadre du programme Déficience physique

ACTION 11 : VALORISATION DES AIDES TECHNIQUES SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE MOTRICE

Accroître la valorisation des aides techniques attribuées dans le cadre du programme d'appareils suppléant à une déficience motrice

INDICATEUR	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Taux de valorisation moyen provincial pour les aides techniques[1]	32 %[2]	35,1 %[2]

1. Le libellé de cet indicateur a été modifié afin de mieux suivre les activités planifiées et en cours.
2. Étant donné que les données disponibles les plus récentes datent de l'année 2010-2011, la cible et le résultat sont ceux de 2010-2011.

En 2010-2011, le résultat était de 35,1 % alors que la cible était de 32 %. Ce résultat s'explique par une augmentation constante de la valorisation réalisée sur l'ensemble des aides techniques à la locomotion par les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), et ce, malgré l'augmentation de l'attribution de 6 % d'aides techniques neuves. Cet ajout constitue une nécessité pour renouveler les équipements devenus désuets et offrir des services à la population vieillissante.

La participation de l'ensemble des acteurs concernés par le processus de valorisation, soit la clientèle visée, les CRDP et la Régie de l'assurance maladie du Québec est essentielle afin de poursuivre les efforts consentis au processus de valorisation.

Ces efforts indéniables démontrent l'importance donnée à ce principe, qui contribue à la protection de l'environnement et permet de réaliser des économies. Le ministre affirme ainsi son engagement au regard du développement durable et de la saine gestion des fonds publics.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Élaboration des orientations et d'un plan d'action en matière de valorisation des aides à la posture et des orthèses-prothèses dans une visée de développement durable		X		
Identification des processus et des modalités de désinfection, de recyclage, etc., qui sont particuliers à la valorisation des aides à la posture et aux orthèses-prothèses		X		
Mise à jour du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience motrice intégrant le principe de valorisation		X		
Choix des modalités de valorisation des orthèses et prothèses dans le secteur privé				X

En lien avec le premier geste, certaines démarches ont été entreprises au regard de la valorisation des prothèses afin de dégager les stratégies potentielles à mettre en place pour la réalisation de ce type de projet, avec différents partenaires, soit la Table quadripartite et le Collège Mérici. La Table quadripartite est composée de représentants des agences, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec et du Ministère.

Le quatrième geste est retiré, compte tenu de l'envergure des travaux à réaliser et des efforts à consentir afin de permettre de finaliser dans les mois à venir la mise à jour du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique.

Objectif gouvernemental 8

Augmenter la part des énergies renouvelables ayant des incidences moindres sur l'environnement (biocarburants, biomasse, énergie solaire, énergie éolienne, géothermie, hydroélectricité, etc.) dans le bilan énergétique du Québec

» Objectif organisationnel

Promouvoir l'inclusion d'énergies renouvelables dans le portefeuille énergétique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

ACTION 12: **PROMOTION ET SOUTIEN DE PROJETS AYANT RECOURS À DES ÉNERGIES RENOUVELABLES**

Promouvoir et soutenir les projets ayant recours à des énergies renouvelables dans les établissements afin de poursuivre et de bonifier le programme de réduction de l'énergie consommée

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Réduction globale de la quantité d'énergie (gigajoules) par rapport au niveau de 2003	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Au Ministère, les travaux relatifs à l'efficacité énergétique s'inscrivent depuis 2006 dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie énergétique du Québec et de la mesure 16 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques, qui demandaient au réseau de la santé et des services sociaux de réduire de 14 % l'intensité énergétique de ses bâtiments en 2010 par rapport à 2003. Cette cible étant échue, le réseau demeure présentement sans cible précise en ce qui a trait à l'efficacité énergétique.

Globalement, au cours des quatre dernières années, l'ensemble des projets autorisés aura fait l'objet de 132 millions de dollars en emprunts autofinancés. Ces 71 projets auront permis de générer près de 27 millions de dollars en économie d'énergie annuelle.

Plus spécifiquement, en 2011-2012, le Ministère a autorisé 11 projets qui représentent une dépense totale de 30 millions de dollars en emprunts autofinancés et une économie d'énergie estimée de 5,5 millions de dollars.

Le Ministère a participé à l'élaboration de nouvelles cibles à inscrire dans le deuxième plan d'action sur les changements climatiques (portant sur la période 2013-2020), en collaboration avec, entre autres, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs et le ministère des Ressources naturelles et de la Faune, par l'entremise du Bureau de l'efficacité et de l'innovation énergétique.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Promotion et soutien au réseau dans sa démarche visant à diminuer la quantité d'énergie consommée		X		
Promotion du programme de subvention pour les projets visant les énergies renouvelables		X		
▪ Prise en considération des besoins des établissements		X		
▪ Analyse des projets soumis		X		

Les travaux relatifs à l'accompagnement des établissements dans la mise en place de mesures d'efficacité énergétique impliquant des énergies renouvelables se poursuivent. Les cadres de gestion établis pour ces projets sont actuellement soumis à un processus de révision afin qu'ils répondent mieux aux besoins, tant des établissements que du Ministère.

Objectif gouvernemental 10

Fournir les repères nécessaires à l'exercice de choix de consommation responsables et favoriser au besoin la certification des produits et des services

» Objectif organisationnel Recourir à la normalisation afin d'intégrer de nouvelles technologies ou pratiques écoresponsables dans les activités nécessaires à l'accomplissement de la mission du Ministère

ACTION 13: NORMALISATION D'UN SYSTÈME DE CHAUFFAGE AUXILIAIRE POUR LES AMBULANCES

À la suite de l'évaluation de l'efficacité d'une nouvelle technologie de chauffage auxiliaire, modifier la norme consensuelle du Bureau de normalisation du Québec relative aux spécifications des ambulances, afin d'y inclure ce nouveau dispositif et de limiter ainsi la marche au ralenti en périodes froides

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Norme modifiée	Modification de la norme en fonction des résultats du projet pilote	Processus de modification en cours

La demande formelle de modifier la norme afin d'inclure l'appareil de chauffage auxiliaire dans le processus de montage applicable à l'ensemble des véhicules ambulanciers utilisés au Québec a été adressée au Bureau de normalisation du Québec (BNQ) en juin 2009 et a été reçue favorablement.

Toute modification des normes du BNQ demande la collaboration de plusieurs partenaires. Les travaux reliés à la modification demandée à la norme sont actuellement en suspens pour la durée de la production des prototypes requis par le BNQ et devraient se terminer en 2012-2013.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Suivi du projet pilote d'Urgences-santé, évaluation des résultats et diffusion de l'information			X	
Promotion de l'idée auprès du BNQ, afin que cet équipement soit inclus dans la norme de montage des véhicules ambulanciers			X	

ORIENTATION 6
AMÉNAGER ET DÉVELOPPER LE TERRITOIRE DE FAÇON DURABLE ET INTÉGRÉE

Objectif gouvernemental 18
Intégrer les impératifs du développement durable dans les stratégies et les plans d'aménagement et de développement régionaux et locaux

» Objectif organisationnel Accompagner et soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans ses démarches en développement durable

ACTION 14 : **SOUTIEN AU RÉSEAU ET MISE EN COMMUN DES INITIATIVES**

Promouvoir la démarche gouvernementale de développement durable auprès du réseau de la santé et des services sociaux par la sensibilisation, la diffusion et la mise en commun du savoir et de l'expertise dans le domaine

INDICATEURS	CIBLES 2011-2012	RÉSULTATS 2011-2012
Nombre d'activités de sensibilisation et d'information réalisées par le Ministère	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Nombre d'activités de mise en commun des expertises réalisées par le Ministère	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Pourcentage des établissements ayant entrepris une démarche de développement durable	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2011-2012, mais des gestes ont été posés.

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Inventaire des initiatives du réseau		X		
Création d'un comité national de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux			X	
Constitution d'un réseau de personnes-ressources en développement durable issues des milieux locaux et régionaux		X		
Mise en œuvre d'un plan de sensibilisation		X		
Production et diffusion de capsules d'information			X	
Présentation de conférences sur le développement durable	X			
Organisation, à l'échelle nationale, d'activités et d'événements (colloques ou autres) qui favorisent la mise en commun des initiatives dans le réseau et avec les partenaires d'autres secteurs d'activité	X			
Constitution de groupes d'experts sur différents sujets		X		

Les travaux permettant la mise en œuvre de la Stratégie de soutien et de mise en commun des initiatives du réseau de la santé et des services sociaux en matière de développement durable se poursuivent. Les activités du Comité national de développement durable ont permis de proposer au Ministère des critères définissant une démarche de développement durable dans un établissement. La promotion de ces critères est en cours.

Le réseau de personnes-ressources, maintenant connu sous le nom de réseau des répondants en développement durable est constitué d'un niveau régional (agences) et d'un niveau local (établissements). Le niveau régional du réseau des répondants en développement durable est maintenant créé. Chaque répondant régional est appelé, sur une base volontaire, à former un réseau de répondants locaux constitué de représentants des différents établissements de sa région. L'implantation de ce réseau est variable d'une région à l'autre.

Parmi les activités de sensibilisation et d'information réalisées au cours de la dernière année par le Ministère, et liées à la Stratégie de soutien et de mise en commun des initiatives du réseau de la santé et des services sociaux en matière de développement durable, on trouve :

- le lancement de l'intranet réseau Développement durable ;
- la production et la diffusion de six capsules d'information portant sur les principes de développement durable ;
- la diffusion de quatre rapports, guides et documents d'information sur des thématiques variées telles que la gestion des matières résiduelles, la gestion écologique des terrains, la promotion des milieux de travail sains et les changements climatiques ;
- la tenue d'une rencontre du réseau de répondants régionaux.

L'intranet réseau Développement durable a été lancé en juin 2011. Il est utilisé pour loger le site thématique du développement durable destiné au personnel du réseau. Dans une perspective de sensibilisation de ces employés, ce moyen rend l'information disponible et accessible à tous. Il héberge du matériel de sensibilisation, de la documentation et le recueil d'initiatives en développement durable de même qu'il permet à certains utilisateurs d'accéder à un forum de discussion dédié au sujet.

Les rencontres avec les répondants régionaux permettent de sensibiliser et d'informer le réseau de l'évolution du développement durable.

Une activité de mise en commun des expertises a été réalisée en 2011-2012. En ligne depuis décembre 2011, le recueil d'initiatives est un moyen de s'informer sur différents projets novateurs mis sur pied dans les établissements ou les agences et de les mettre en valeur. C'est également une façon de diffuser les expertises acquises dans les projets réalisés dans le réseau. Tout le personnel du réseau est invité à consulter le recueil soit par région sociosanitaire, soit en effectuant une recherche par mots clés ou thématique abordée. Le recueil compte actuellement plus d'une vingtaine de fiches d'initiative.

Objectif gouvernemental 19
Renforcer la viabilité et la résilience des collectivités urbaines, rurales ou territoriales et des communautés autochtones

» Objectif organisationnel Soutenir le développement de communautés en santé

ACTION 15: **SURVEILLANCE DES CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS**

Déployer un dispositif national d'indicateurs de surveillance des caractéristiques des communautés, afin de soutenir les organisations qui interviennent dans le développement des communautés

INDICATEURS	CIBLES 2011-2012	RÉSULTATS 2011-2012
Nombre de régions où le dispositif a été expérimenté	8 régions	7 régions
Nombre de régions où le dispositif a été implanté et l'implantation évaluée	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Nombre de communautés autochtones ayant implanté le dispositif de surveillance	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

L'expérimentation est actuellement en cours dans sept régions : Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Côte-Nord, Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches et Montérégie. L'expérimentation pourrait débuter en 2012-2013 au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Parmi les huit régions non engagées dans le déploiement du dispositif, six ont entrepris une démarche du même type. Elles n'envisagent toutefois pas de recourir au dispositif initial (Capitale-Nationale, Montréal, Nord-du-Québec, Laval, Lanaudière et Laurentides).

GESTES	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Préparation nationale à l'expérimentation dans quatre régions en 2008-2009			X	
Implantation du dispositif d'indicateurs dans les autres régions et territoires jusqu'en 2013 ou plus :		X		
▪ ententes sur le plan national de surveillance (aussi appelé plan commun de surveillance) pour l'accès aux données détenues par les partenaires, notamment :				
– l'Association des centres jeunesse du Québec (PIJ : projet d'intégration jeunesse)		X		
– le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport			X	
– le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale		X		
▪ intégration des indicateurs en développement des communautés au plan national de surveillance des régions				X
▪ ententes avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador	X			
▪ ajustement du dispositif aux réalités des communautés autochtones	X			
Pour la durée de l'action :				
▪ soutien à la constitution des équipes pour l'implantation et l'évaluation dans les régions et territoires et formation des membres		X		
▪ soutien à la planification des activités		X		
▪ soutien à l'identification des ressources nécessaires		X		
▪ soutien à l'évaluation de l'implantation régionale et des retombées observées à l'échelle régionale		X		
▪ soutien adapté aux communautés autochtones dans l'implantation du dispositif de surveillance	X			
▪ évaluation de l'ensemble du processus d'implantation		X		
▪ suivi des retombées observées par les régions		X		

L'intégration des indicateurs liés au développement des communautés au plan national de surveillance des régions n'est pas prévue à ce moment-ci.

L'Institut national de santé publique du Québec a reçu le mandat d'accompagner les régions qui planifient une démarche de caractérisation de leurs communautés ou qui expérimenteront de nouveaux outils. Ce mandataire aura également la responsabilité d'outiller les communautés autochtones dans une démarche de portrait de leurs communautés ou qui expérimenteront de nouveaux outils.

Objectif gouvernemental 20
Assurer l'accès aux services de base en fonction des réalités régionales et locales, dans un souci d'équité et d'efficience

» Objectif organisationnel Permettre l'accès à des ressources spécialisées en régions éloignées

ACTION 16: **DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ**

Accroître l'offre des services de télésanté sur le territoire du Québec

INDICATEUR	CIBLE 2011-2012	RÉSULTAT 2011-2012
Nombre d'équipements déployés	50 stations de visioconférence	227 stations de visioconférence

Le déploiement des projets de télésanté n'a pas suivi le rythme préalablement envisagé. Par conséquent, le résultat de 2011-2012 affiche un dépassement significatif par rapport à la cible.

GESTE	À VENIR	EN COURS	TERMINÉ	AUTRES
Implantation de stations de visioconférence		X		

Au 31 mars 2012, il y avait un total de 322 stations de visioconférence déployées dans le cadre du projet de télésanté. La prochaine année devrait permettre d'atteindre la cible totale du projet.

PARTIE 5

LES RÉSULTATS AU REGARD DE LA DÉCLARATION DE SERVICES AUX CITOYENS

La Déclaration de services aux citoyens traduit l'engagement du Ministère à offrir des services de qualité à la population québécoise. À cet effet, les services doivent être accessibles et donnés par un personnel courtois ; de plus, les demandes doivent recevoir un traitement professionnel.

La déclaration touche les trois types de services offerts directement à la population par le Ministère :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements concernant la Loi sur le tabac.

5.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

Au cours de l'année budgétaire 2011-2012, le Ministère a donné suite à un total de 3 370 demandes de renseignements généraux, appels téléphoniques et courriels confondus, tous redirigés vers le Ministère par Services Québec. Il s'agit d'une augmentation de 29 communications, soit 0,9 % par rapport à 2010-2011.

Répartition des demandes de renseignements traitées par le Ministère selon le mode de communication utilisé, de 2009-2010 à 2011-2012

MODE DE COMMUNICATION	NOMBRE DE DEMANDES					
	2009-2010		2010-2011		2011-2012	
Appels téléphoniques	3 436	63 %	2 163	65 %	2 180	65 %
Courriels	2 043	37 %	1 178	35 %	1 190	35 %
Total	**5 479**	**100 %**	**3 341**	**100 %**	**3 370**	**100 %**

Les résultats de 2010-2011 et de 2011-2012 correspondent à la situation normale. Les résultats de l'année 2009-2010 avaient été exceptionnels en raison de la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1).

La téléphonie demeure le mode de communication le plus fréquemment utilisé (65 %) pour les demandes de renseignements, comparativement à 35 % pour les courriels.

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec ▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Réponse la plus rapide possible

- Pour toute demande de renseignements, les citoyens peuvent composer le numéro sans frais de Services Québec, soit le 1 877 644-4545.
- Pour les demandes de renseignements que lui transfère Services Québec, le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- Le Ministère a répondu à neuf appels téléphoniques et à cinq courriels par jour en moyenne.
- Le délai de réponse est toujours le plus court possible, conformément aux engagements ministériels.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Dans la grande majorité des cas, le Ministère répond le jour même aux demandes faites par courriel que lui transmet Services Québec. Autrement, un accusé de réception est envoyé à l'auteur de la demande, conformément à l'engagement ministériel.
- Le Ministère a répondu à cinq courriels par jour en moyenne.

5.2 Les services d'adoption internationale

Le Secrétariat à l'adoption internationale offre des services directs à la population. Il s'appuie sur trois valeurs dans ses interventions quotidiennes : la probité, la loyauté et l'humanisme. Il place l'écoute, la courtoisie, l'empathie, la disponibilité et l'objectivité au cœur de ses activités quotidiennes auprès des citoyens.

Le mandat du Secrétariat à l'adoption internationale s'exerce selon un cadre légal et réglementaire bien défini. Ainsi, le Secrétariat veille, entre autres, à la coordination des activités en matière d'adoption internationale au Québec et conseille les personnes et les familles qui ont le projet d'adopter un enfant tout en s'assurant de la conformité de leur projet.

Les services et renseignements sont accessibles par téléphone, en ligne ou en personne. Les informations fournies portent sur différents sujets : le mandat du Secrétariat, le cadre législatif, le rôle des organismes agréés, la démarche d'adoption, la recherche des origines ainsi que le service des plaintes.

Des informations peuvent également être fournies sur les programmes sociaux à l'intention des adoptants ou de leurs enfants. La trousse virtuelle et la pochette d'information transmise sur demande contiennent plusieurs documents concernant la réalisation d'un projet d'adoption internationale dont, notamment, le répertoire des ressources spécialisées.

Dans un souci d'amélioration et d'accessibilité des services à la population, le Secrétariat à l'adoption internationale a organisé en novembre 2011 un séminaire portant sur le développement de sessions de sensibilisation et de préparation des parents adoptants. La participation d'adoptants, de postulants à l'adoption et de partenaires a permis de déterminer les principaux sujets à traiter dans le cadre des sessions de préparation à offrir aux adoptants.

Le site Web du Secrétariat contient des renseignements détaillés sur l'adoption internationale. Celui-ci est mis à jour régulièrement. Par l'intermédiaire de la boîte de courrier électronique du site, les citoyens peuvent requérir de l'information en ligne. Toutes les demandes reçues par courriel sont acheminées avec diligence au service responsable, aux fins de leur traitement.

Le Secrétariat s'assure de l'uniformisation des pratiques dans une perspective de cohérence, d'équité et d'efficacité des services notamment en exerçant son rôle de conseil et de soutien auprès des organismes agréés. En 2011-2012, plus de 96 % des adoptions réalisées ont été effectuées par l'intermédiaire d'un organisme agréé. Le suivi relatif à l'application des règles de gestion des dossiers permet au Secrétariat de maintenir la qualité de ses interventions.

Le 31 mars 2012, le Secrétariat à l'adoption internationale comptait 1 669 dossiers d'adoption ouverts se situant à l'une ou l'autre des étapes de la demande d'adoption. De ce nombre, 277 ont été ouverts en 2011-2012.

Outre les demandes d'information ou de suivi de dossier pour les adoptants ayant un dossier d'adoption en cours avec un organisme agréé, le Secrétariat a reçu et traité 228 demandes de citoyens concernant un projet d'adoption identifié pour lequel une analyse a été effectuée et une décision a été rendue.

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS	▪ Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec ▪ Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Réponse la plus rapide possible

- Le Secrétariat à l'adoption internationale dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246).
- Le Secrétariat assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30.
- Le Secrétariat utilise une arborescence téléphonique, laquelle permet de diriger plus rapidement le citoyen vers le service recherché. Ainsi, chaque appel est pris en charge soit par une agente de secrétariat, soit par la personne responsable du service choisi par l'interlocuteur dans l'arborescence, le tout afin d'assurer à ce dernier le traitement adéquat et rapide de sa demande.
- Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques provenant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des informations ou présenter un projet d'adoption.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT	▪ Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- En exerçant son mandat, le Secrétariat assure un suivi rigoureux des démarches d'adoption et doit confirmer, par écrit, la conformité de chacune des étapes du processus d'adoption. Ainsi, il a produit rapidement l'ensemble des lettres requises pour chacun des 1 669 dossiers d'adoption ouverts.
- Le Secrétariat ne possède pas de système pour comptabiliser le délai de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, le Secrétariat répond dans la très grande majorité des cas à l'intérieur d'un délai de 10 jours ouvrables.

Demandes en personne

ENGAGEMENTS	▪ Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 ▪ Annonce immédiate de l'arrivée des personnes ▪ Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide

- Chaque visiteur arrivant au Secrétariat à l'adoption internationale est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, y compris l'heure du dîner. Dès que le visiteur arrive, une agente de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.
- Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé visé est informé de la visite, mais s'il lui est impossible de recevoir le visiteur, des arrangements sont pris avec lui.

5.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac

La Direction de l'inspection, anciennement le Service de lutte contre le tabagisme, est chargée de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac. Dans ce contexte, elle fournit à la population en général, aux exploitants des lieux visés par la Loi, aux détaillants de tabac ainsi qu'aux employés travaillant dans l'un des lieux visés un service de renseignements sur la Loi, par lequel elle reçoit également les plaintes se rapportant à l'application de celle-ci. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui font des demandes de renseignements ou des plaintes est le téléphone.

Répartition des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel, selon le mode de communication utilisé, et délai de réponse moyen, 2011-2012

MODE DE COMMUNICATION UTILISÉ	NOMBRE	DÉLAI DE RÉPONSE MOYEN
Appel téléphonique[1]	2 306	
Courrier électronique	192	3 jours
Courrier postal	6	6 jours
Total	**2 504**	

1. La Direction a reçu au total 4 854 appels téléphoniques, dont 2 306 concernaient des demandes de renseignements, des plaintes ou des commandes de matériel. Il n'y a eu aucun délai de réponse pour 82 % de ces 4 854 appels et ce délai a été de 35 secondes pour 18 % des appels.

Appels téléphoniques

ENGAGEMENTS

- Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec
- Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30
- Réponse la plus rapide possible

- Le numéro sans frais 1 877 416-8222 (ou, pour la région de Québec, 418 646-9334) est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30. La fermeture de la ligne de renseignements et plaintes entre 12 h et 13 h a été autorisée le 20 mai 2011 en raison notamment des rares appels reçus durant cette période de la journée (1,6 appel par jour entre 12 h et 13 h du 1er avril 2010 au 31 mars 2011). Toutefois, une boîte vocale est disponible et les appels sont retournés dans les meilleurs délais, nous assurant ainsi d'un service à la clientèle adéquat, dans le respect de la Déclaration de services aux citoyens.
- En 2011-2012, la Direction a reçu 4 854 appels téléphoniques. De ce nombre, 16 % (761 appels) ont été abandonnés avant leur prise en charge, comparativement à 11 % en 2010-2011. Cette augmentation peut s'expliquer, en partie, par le manque d'effectifs disponibles pour répondre à la ligne de renseignements et plaintes, ce qui augmente le temps d'attente. Il est difficile de connaître les raisons incitant une personne à abandonner un appel avant d'avoir reçu une réponse, et ce, indépendamment du temps d'attente déjà écoulé.
- La Direction a donc répondu à 4 093 appels dont 2 306 appels visaient directement la Loi. Il s'agissait de demandes de renseignements sur la Loi (55 %), de plaintes liées à son application (38 %) ou de commandes de matériel (7 %). Ce total de 2 306 appels concernant directement la Loi représente une diminution de 14 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution s'explique notamment par le fait qu'il n'y pas eu de nouvelles mesures implantées en 2011-2012, ce qui suscite moins de questions et de demandes. De plus, les mesures déjà implantées semblent mieux comprises, appliquées et respectées.
- Les 1 787 appels restants concernaient indirectement la Loi (médias, suivi d'inspections pour le personnel, appels concernant l'embauche, etc.).
- Parmi les 4 854 appels reçus, 82 % ont été pris en charge sans délai, soit le même pourcentage que pour les 4 552 appels reçus en 2010-2011. Les appels en attente ont été traités dans un délai moyen de 35 secondes, comparativement à 30 secondes en 2010-2011.
- La durée moyenne des appels en 2011-2012 a été de 202 secondes contre 204 secondes en 2010-2011, ce qui représente une donnée assez stable.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

ENGAGEMENT

- Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- La Direction de l'inspection offre également à la population la possibilité de demander des renseignements sur la Loi sur le tabac par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca). En 2011-2012, 192 demandes lui ont été acheminées par ce moyen de communication, soit une diminution de 15 % par rapport à l'année précédente. La réponse a été donnée par téléphone dans 15 % des cas et par courriel dans 82 % des cas, et ce, dans un délai moyen de trois jours. Les autres messages (3 %) n'exigeaient pas de réponse ; il s'agissait d'informations complémentaires demandées ou de message nous étant adressés à titre de copie conforme seulement.
- Par ailleurs, les six correspondances reçues par la poste constituaient des plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac. Seulement une d'entre elles contenait les coordonnées du plaignant. Un accusé de réception a été envoyé à ce plaignant dans un délai de six jours ouvrables.

5.4 Les plaintes

ENGAGEMENTS	▪ Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception ▪ Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise

- Au cours de l'année 2011-2012, 20 plaintes ont été reçues au Ministère. Seulement cinq d'entre elles concernaient une unité administrative visée dans la Déclaration de services aux citoyens. Le suivi a été assuré par l'unité administrative concernée dans le délai prescrit de 20 jours à compter de la date de réception de ces plaintes.
- Treize plaintes concernaient les services rendus par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, l'organisation régionale des services ou une entité relevant du ministre. Une lettre ou un courriel a été envoyé aux plaignants, leur indiquant les coordonnées du commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services ou les coordonnées de l'entité relevant du ministre. En cas d'insatisfaction, relativement à la réponse reçue en premier recours, les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux étaient données aux plaignants.
- Deux autres plaintes ont été dirigées vers d'autres ministères, compte tenu des sujets traités.

PARTIE 6

L'UTILISATION DES RESSOURCES

6.1 Les ressources humaines

LA RÉPARTITION DE L'EFFECTIF

Comme l'illustrent les tableaux suivants, le Ministère comptait, au 31 mars 2012, 685 personnes à son emploi dans un poste régulier ou occasionnel, pour un effectif utilisé de 608,67 en équivalent temps complet (ETC). La donnée sur l'effectif utilisé diffère de l'effectif en poste en raison, notamment, de différentes modalités d'aménagement du temps de travail, ainsi que des congés non rémunérés ou partiellement rémunérés.

L'effectif du ministère de la Santé et des Services sociaux en poste au 31 mars

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2012	2011	2010
Direction supérieure	74	60	78
Direction générale de la planification, performance et qualité	67	74	77
Direction générale de la santé publique	109	132	107
Direction générale des services sociaux	81	78	86
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	63	72	64
Direction générale du personnel réseau et ministériel	66	67	82
Direction générale de la coordination, financement, immobilisations et budget	161	141	183
Direction générale des technologies de l'information	64	60	79
TOTAL	**685**	**684**	**756**

L'effectif du ministère de la Santé et des Services sociaux utilisé[1] au 31 mars

SECTEURS D'ACTIVITÉ OU ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	2012	2011	2010
Direction supérieure	65,27	56,33	61,58
Direction générale de la planification, performance et qualité	60,44	69,88	72,20
Direction générale de la santé publique	91,77	109,39	121,71
Direction générale des services sociaux	72,91	75,82	81,72
Direction générale des services de santé et médecine universitaire	61,10	72,00	72,72
Direction générale du personnel réseau et ministériel	59,19	67,12	76,06
Direction générale de la coordination, financement, immobilisations et budget	139,48	134,40	140,76
Direction générale des technologies de l'information	58,51	59,91	71,63
TOTAL	**608,67 ETC**	**644,85 ETC**	**698,38 ETC**

1. Effectif utilisé : consommation entre le 1er avril et le 31 mars (cumulatif), qui représente les heures travaillées et payées et n'inclut pas les primes et les heures supplémentaires.

LE CLIMAT DE TRAVAIL

Dans le cadre du maintien de sa certification à la norme « Entreprise en santé », le Ministère a réalisé un sondage auprès de l'ensemble de son personnel en juin 2011. Il s'agissait alors d'évaluer le degré de satisfaction du personnel, devant les mesures mises en place en vue de favoriser le maintien et l'amélioration de la santé globale au travail de celui-ci.

Avec un taux de participation de 62 %, les membres du personnel ont majoritairement signifié une satisfaction très sentie devant les activités offertes, relativement au soutien de leur santé et mieux-être dans l'exercice de leurs responsabilités respectives. Qui plus est, ces résultats ont permis des ajustements au plan d'action annuel en cours, en plus de fournir des assises fort intéressantes pour le contenu du plan d'action 2012.

Ce contexte, joint à d'autres réalisations pertinentes, comme l'intégration à l'évaluation du rendement des gestionnaires de leur contribution à l'amélioration continue du climat de travail de leur unité, dresse la table en vue d'une éventuelle demande de certification du Ministère comme Entreprise en santé de niveau Élite.

LA FORMATION ET LE PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL

Bien que le développement des compétences demeure une préoccupation de l'organisation, le Ministère a dû réduire les activités de formation et de perfectionnement en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs gouvernementaux en matière d'équilibre budgétaire. Par ailleurs, les moratoires d'embauche et la diminution des effectifs contribuent également à la diminution des dépenses de cette nature. Ainsi, le Ministère a investi, au cours de l'année 2011, l'équivalent de 0,70 % de sa masse salariale en formation et perfectionnement.

Répartition des dépenses totales destinées à la formation et au développement du personnel par champs d'activité

CHAMP D'ACTIVITÉ	2011-2012	2010-2011	2009-2010
Favoriser le développement des compétences	126 919,45 $	153 803,34 $	275 181,03 $
Soutenir l'acquisition des habiletés de gestion	20 225,00 $	38 076,14 $	40 510,19 $
Acquérir de nouvelles connaissances technologiques	32 768,93 $	32 155,45 $	29 783,98 $
Favoriser l'intégration du personnel et le cheminement de carrière	13 861,97 $	16 798,83 $	21 200,55 $
Améliorer les capacités de communication orale et écrite	6 995,00 $	7 848,80 $	9 833,41 $

Évolution des dépenses en formation[1]

ANNÉE	PROPORTION DE LA MASSE SALARIALE (%)	JOURS DE FORMATION PAR PERSONNE	MONTANTS ALLOUÉS PAR PERSONNE
2010	0,668 %	2,21 jours	464,83 $
2011	0,459 %	1,77 jour	355,26 $
2012	0,409 %	1,58 jour	289,29 $

1. Le dénominateur est le nombre total d'employés. Il se calcule en personnes et non en ETC. Le total des employés représente tous les employés de l'organisation, y compris les cadres et les administrateurs de l'État, à l'exception des stagiaires et des étudiants.

Jours de formation selon les catégories d'emploi

ANNÉE	CADRES	PROFESSIONNELS	FONCTIONNAIRES
2010	356 jours 2,5 heures	1 141 jours	317 jours 6 heures
2011	234 jours 4,5 heures	765 jours 1 heure	223 jours 5 heures
2012	177 jours 6,5 heures	628 jours 2,5 heures	280 jours 1 heure

LES RÈGLES POUR LES BONIS AU RENDEMENT

Conformément au décret du 26 avril 2010 concernant la rémunération et les autres conditions de travail des titulaires d'un emploi supérieur à temps plein, aucun boni n'a été versé à ces titulaires au cours de l'année 2011-2012 à la suite de l'exercice d'évaluation du rendement pour la période allant du 1er avril 2010 au 31 mars 2011.

Pour ce qui est de la révision du traitement du personnel d'encadrement découlant de l'évaluation du rendement pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2011, l'exercice s'est déroulé dans le respect du cadre réglementaire en vigueur.

LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

L'année financière 2011-2012 a été marquée une fois de plus par maints départs à la retraite. En effet, 43 personnes ont quitté leur emploi pour cette raison. Plus d'une trentaine d'employés ont déjà fait part de leur intention de quitter d'ici les cinq prochaines années dont plus d'une vingtaine en 2012-2013. En raison des mesures d'attrition de l'effectif toujours en vigueur, soit un taux de remplacement de 60 % des départs à la retraite, le Ministère serait encore aux prises avec une diminution de sa main-d'œuvre.

En vue de diminuer l'effet des départs massifs à la retraite, la Direction des ressources humaines a produit des guides pour accompagner les gestionnaires dans la gestion prévisionnelle de leur main-d'œuvre, ce qui permet ainsi d'assurer la pérennité des savoirs et d'atténuer les difficultés qui se posent au regard du transfert d'expertise. De plus, sur demande, une application visant la planification de main-d'œuvre est disponible.

Par ailleurs, bien que l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire continue d'influencer les activités d'embauche, la Direction des ressources humaines a amorcé l'élaboration d'outils d'attraction et de rétention pour certaines catégories de main-d'œuvre.

LE TAUX DE DÉPART VOLONTAIRE (TAUX DE ROULEMENT) DU PERSONNEL RÉGULIER

Taux de départ volontaire (taux de roulement) du personnel régulier

	2012	2011	2010
Ministère et organismes	15 %	16,64 %	13,88 %

L'écart entre le taux de roulement de 2011 et de 2012 s'explique, entre autres, par le nombre de départs à la retraite.

6.2 Les ressources budgétaires et financières du Ministère et le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)

La section suivante fait état des ressources budgétaires et financières des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux de même que de celles provenant du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS).

LE MINISTÈRE

La dépense probable pour l'année 2011-2012 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'élève à 29 121 106 900 $.

Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales : PROGRAMME 01
544 698 200 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer, notamment, les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application de la Politique du médicament ;

- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement du Ministère, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux ainsi que celui du Commissaire à la santé et au bien-être.

Les fonctions régionales PROGRAMME 02
20 731 841 500 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientations ministérielles et des objectifs qui ont été signifiés aux agences de la santé et des services sociaux dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement des agences. Plus particulièrement, ce programme permet d'assurer, notamment, la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, ainsi que les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et les services infirmiers ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis soit par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), soit par les centres hospitaliers ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui n'ont pas été intégrés aux CSSS ;
- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres jeunesse ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant une déficience, physique ou intellectuelle, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;
- les services de prévention, d'aide et de soutien fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes : la rémunération des résidents en médecine, les services préhospitaliers d'urgence, le système du sang, les vaccins et les antiviraux, les régimes de retraite ainsi que le service de la dette.

L'allocation des ressources financières pour les services dans le réseau de la santé et des services sociaux est basée sur l'évolution des besoins liés à différents facteurs socioéconomiques et démographiques dans chacune des régions (ex. : âge, population, isolement social, revenu disponible, dispersion de la population sur le territoire), ce qui permet d'établir un niveau de financement relatif entre les régions.

L'Office des personnes handicapées du Québec PROGRAMME 03
13 088 000 $

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux ainsi que les municipalités et les organismes publics ou privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'OPHQ veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leurs familles. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, il les informe, les conseille, les assiste et fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Le programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'Office. Ce rapport peut être consulté sur le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec PROGRAMME 04
7 831 479 200 $

Le programme relatif à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais afférents, notamment,

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services d'optométrie ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la RAMQ. Ce rapport peut être consulté sur le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2010-2011 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre le budget de dépenses et la dépense probable pour l'exercice 2011-2012.

Sommaire de l'écart budgétaire[1]

		(000 $)			
		2010-2011	2011-2012		
PROGRAMME	DESCRIPTION	DÉPENSES	BUDGET DE DÉPENSES	DÉPENSES PROBABLES	ÉCART
1	Fonctions nationales	483 396,0	543 853,8	544 698,2	(844,4)
2	Fonctions régionales	20 541 601,0	20 903 144,2	20 731 841,5	171 302,7
3	OPHQ	12 792,0	13 116,3	13 088,0	28,3
4	RAMQ	7 476 228,0	7 680 387,7	7 831 479,2	(151 091,5)
	TOTAL	**28 514 017,0**	**29 140 502,0**	**29 121 106,9**	**19 395,1**

1 Excluant les fonds spéciaux et les comptes à fin déterminée

Le budget de dépenses initial du Ministère se chiffrait à 29 140,5 millions de dollars pour l'exercice 2011-2012. La dépense probable pour cet exercice est évaluée à 29 121,1 millions de dollars. L'écart est analysé pour chaque programme où une différence s'observe entre la somme prévue initialement et les dépenses probables :

- pour les fonctions nationales, la dépense probable est supérieure au budget initial. Cette situation est causée principalement par la dépense associée au transfert temporaire de certains employés de la Corporation d'hébergement du Québec qui a été réalisé en cours d'exercice à la suite de l'abolition de l'organisme ;
- pour les fonctions régionales, la dépense probable est inférieure au budget initial. L'écart s'explique notamment par la mise en œuvre des mesures de réduction ayant pour but de respecter l'objectif de dépenses pour l'exercice 2011-2012. Par ailleurs, il est à noter que le budget ne tient pas compte des dépenses relatives aux activités visant à soutenir l'intégration et la francisation des immigrants ni de celles qui sont associées à la stratégie d'action jeunesse, dont le financement n'était pas inclus dans le budget de dépenses initial mais qui a fait l'objet de transferts au cours de l'exercice financier ;
- pour la RAMQ, la dépense probable est supérieure au budget initial. L'écart s'explique essentiellement par les dépenses relatives aux services pharmaceutiques ainsi qu'aux services médicaux qui se sont avérées supérieures aux prévisions.

LE FONDS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (FINESSS)

Constitué le 12 juin 2010 par la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) a pour objet le financement des établissements publics et privés conventionnés visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris. Plus particulièrement, il est dédié au financement :

- des établissements en fonction du volume de services rendus et conditionnellement à l'atteinte d'objectifs de performance fixés par le ministre ;
- du déploiement des groupes de médecine de famille sur l'ensemble du territoire du Québec, de l'amélioration de l'offre de soutien à domicile, de la formation et du développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée et des autres mesures visant le renforcement des services de première ligne ;
- des initiatives au regard de l'amélioration de la performance dans le système de santé et de services sociaux ;
- de toutes autres initiatives contribuant au maintien de services de santé et de services sociaux accessibles et de qualité.

Le Fonds est principalement constitué des sommes prélevées par le ministre du Revenu au titre de la contribution santé en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Annoncée par le gouvernement du Québec en mars 2010, la contribution santé annuelle à laquelle sont assujettis tous les adultes dont le revenu familial est supérieur au seuil d'exemption qui leur est applicable pour l'année a été fixée à 25 dollars en 2010. Elle était de 100 dollars en 2011 et sera de 200 dollars à partir de 2012.

Produits et charges du FINESSS en 2011-2012 (en millions de dollars)

	PRÉVISION	RÉEL
PRODUITS		
Contribution santé	**615,3**	**609,2**
CHARGES		
Financement des établissements en fonction du volume de services rendus et conditionnellement à l'atteinte d'objectifs de performance fixés par le ministre		
Chirurgies	180,0	206,4
Fonctionnement des nouvelles installations	50,0	50,8
Autres mesures d'accès aux services	27,5	13,6
Sous-total	**257,5**	**270,8**
Déploiement des groupes de médecine de famille, amélioration de l'offre de soutien à domicile, formation et développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée et autres mesures permettant le renforcement des services de première ligne		
Groupes de médecine de famille (GMF)	100,0	85,8
Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)	18,0	11,6
Plan d'investissements pour les personnes âgées	105,0	101,7
Sous-total	**223,0**	**199,1**
Initiatives d'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux		
Projet LEAN et soutien à l'optimisation	**4,8**	**4,9**
Autres initiatives contribuant au maintien de services accessibles et de qualité		
Soins oncologiques	**130,0**	**134,4**
TOTAL – CHARGES	**615,3**	**609,2**

L'écart observé concernant les produits est attribuable essentiellement à une surestimation de la prévision de revenus provenant de la contribution santé.

Pour les charges, les écarts observés entre la prévision et le réel s'expliquent principalement par des délais de mise en œuvre notamment pour les GMF ainsi que par un volume d'activités différent de celui prévu.

6.3 Les ressources informationnelles

Le Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux (BPI) met en œuvre la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (L.R.Q., chapitre G-1.03) au Ministère et dans les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Sous la direction du BPI, la Direction générale des technologies de l'information du Ministère a un double mandat. D'une part, elle est responsable des actifs informationnels et des infrastructures technologiques ministérielles tout en offrant le soutien aux utilisateurs du Ministère. D'autre part, elle assure la gestion globale des actifs informationnels et la gouverne des services en ressources informationnelles du réseau de la santé et des services sociaux.

LE MINISTÈRE

La gestion des ressources informationnelles pour le Ministère a donné lieu, au cours de l'année 2011-2012, à plusieurs réalisations, notamment,

- le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux qui se rapportent
  - à la vaccination contre la rougeole,
  - au suivi des médicaments,
  - à l'inspection des résidences privées pour aînés,
  - à la bibliothèque virtuelle – phase 2,
  - au registre des autochtones ;
- la continuité de projets amorcés avant le 1er avril 2011, tels que :
  - les informations sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés,
  - le registre des techniciens ambulanciers – phase 2,
  - la procréation assistée – phase 2 ;
- le redressement et le rehaussement des infrastructures technologiques et de la gestion du parc des postes de travail qui a permis de
  - poursuivre l'évolution des architectures technologiques nécessaires à l'amélioration de la sécurité des actifs informationnels et à la virtualisation des serveurs informatiques,
  - déployer la phase 1 du filtrage Internet pour les usagers du Ministère,
  - rehausser le réseau local et ses infrastructures,
  - déployer un réseau sans fil sécuritaire pour les usagers du Ministère,
  - mettre à jour la directive interne ministérielle portant sur l'utilisation des terminaux sans fil et des tablettes numériques,
  - revoir et d'améliorer la sécurité des actifs informationnels du Ministère,
  - confier à un tiers, pour les besoins spécifiques du Ministère, les mandats suivants :
    - hébergement et exploitation des serveurs informatiques du Ministère selon des paramètres administratifs et technologiques préalablement convenus,
    - rehaussement du système téléphonique ministériel à la téléphonie IP,
    - mise en œuvre et exploitation des infrastructures visant à mieux contrôler les accès aux actifs informationnels,
    - surveillance des infrastructures de télécommunication,
    - virtualisation des postes de travail ;

- le service de soutien technique aux utilisateurs des ressources informationnelles du Ministère. Ce service a traité 16 200 demandes de soutien informatique telles que du dépannage, des demandes d'installation de logiciels et de matériels ainsi que des demandes d'accès au réseau et de réservation de la salle multimédia et de séances de visioconférence ;
- l'entretien, le maintien et l'inventaire du parc technologique du Ministère.

Directive sur la gestion des ressources informationnelles

La portée de la Directive sur la gestion des ressources informationnelles (RI) se limite aux applications de gestion à l'intention des utilisateurs du Ministère. Cependant, parmi ces actifs, certains peuvent aussi être utilisés par du personnel du réseau.

Débours planifiés et réels concernant les ressources informationnelles en 2011-2012 (en milliers de dollars)

	PROJETS DE DÉVELOPPEMENT	AUTRES ACTIVITÉS	TOTAL
Débours planifiés en RI	611	505	1 116
Débours réels en RI pour l'exercice	527	359	886
Écart	−84	−146	−230

Nombre de projets en ressources informationnelles pour la période 2011-2012

	NOMBRE
Projets en cours au début de l'exercice	7
Projets entrepris au cours de l'exercice	11
Projets en cours à la fin de l'exercice	10
Projets terminés au cours de l'exercice	8

Les écarts entre les débours planifiés et les débours réels s'expliquent, entre autres, par le fait que le Service de développement et d'entretien de systèmes d'information a dû composer avec le départ de ressources humaines, ce qui l'a obligé à revoir à la baisse sa planification.

Au cours de la période 2011-2012, le Ministère a entrepris plusieurs projets informatiques, dont les principaux sont :

- l'amélioration du système d'information sur la procréation assistée, qui permet au Ministère de tenir un registre pour le suivi du nombre de cycles de procréation dont ont bénéficié les usagers admissibles au programme de subvention à la procréation assistée du Québec et qui facilite l'évaluation du nombre d'essais utilisés et restants ;
- la réalisation d'un fichier de vaccination pour la rougeole, où est inscrite la liste des personnes à risques n'ayant pas reçu de vaccin pour la rougeole. De plus, ce système contient l'inventaire des vaccins donnés ainsi que les numéros de lots administrés, ce qui facilite le retraçage des lots ;

- le déploiement du nouveau système d'information qui soutient la gestion du registre des autochtones conformément à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois conclue en 1975 avec les Cris et les Inuits et à la Convention du Nord-Est québécois signée en 1978 avec les Naskapis. Ces conventions font état d'échanges d'obligations entre les parties, soit les gouvernements du Québec et du Canada, les Cris, les Inuits et les Naskapis.

  Aux fins des bénéfices qui découlent de ces conventions, le Ministère a été chargé de la tenue du registre des bénéficiaires cris, inuits et naskapis en vertu du Règlement sur l'admissibilité aux bénéfices de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et du Règlement sur l'admissibilité aux bénéfices de la Convention du Nord-Est québécois ;

- la réalisation du système « Suivi des médicaments ». En effet, à la suite de l'arrêt temporaire de production de l'usine Sandoz, le gouvernement du Québec a décidé de mettre en place un système de suivi des médicaments afin de connaître l'impact de la situation sur l'offre de service des établissements de santé ;

- la réalisation du système d'inspection des résidences privées pour aînés permet de saisir des données d'inspection, de les consulter et de les modifier. Il permet aussi la production des rapports de suivi et, éventuellement, des rapports statistiques ainsi qu'un rapport de planification des visites ;

  Ce projet permet au Ministère d'avoir un portrait centralisé et à jour des données des inspections, ce qui soutient une intervention continue afin d'assurer le maintien des conditions de certification.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Comme on l'a mentionné précédemment, le Ministère assure la gestion globale de services des ressources informationnelles pour le réseau. Afin de bien illustrer les diverses composantes, la présente section est divisée en quatre points : les projets de développement informatique, l'optimisation des technologies de l'information, les services de télécommunication ainsi que le Dossier de santé du Québec (DSQ). Le Ministère participe à la réalisation de certains projets de développement informatique à l'intention du réseau. Une fois ces projets terminés et déployés, il assure les activités de maintien et d'entretien. De plus, la gouverne concernant certaines infrastructures technologiques en particulier, dont le réseau de télécommunication, est assurée par le Ministère. Par rapport aux objectifs gouvernementaux de rationalisation des ressources, le Ministère a aussi entrepris des travaux faisant suite à l'identification d'actifs ayant un potentiel d'optimisation prometteur.

Projets de développement informatique

Au cours de l'année 2011-2012, de nouveaux actifs informationnels ont été déployés et d'autres ont été adaptés pour soutenir les intervenants dans la prestation des soins :

- le système d'information pour les personnes ayant une déficience est maintenant déployé dans 22 centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement et 19 centres de réadaptation en déficience physique. Il permet aux cliniciens des établissements de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle de disposer d'une information qui facilite la prise en charge des usagers et aux gestionnaires de faire un suivi au quotidien des activités de l'organisation. De plus, il facilite la continuité des services et la gestion par résultat ;

- l'implantation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées s'est terminée en décembre 2011. En mars 2012, 15 769 intervenants utilisaient le système dans 102 établissements et 186 386 évaluations des besoins des clientèles avaient été traitées ;

- en prévision de l'application des prescriptions de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives, les travaux se sont poursuivis pour effectuer les adaptations majeures au système informatique utilisé par les intervenants qui gèrent ces ressources ;

- les travaux relatifs au remplacement du système TOXIN du Centre Antipoison du Québec (CAPQ) se poursuivent. Dans le but de contrer les risques associés à la désuétude de l'application TOXIN, une première livraison permettant la gestion des guides de traitement a été mise en place à l'été 2011. Une deuxième phase qui permettra la gestion des produits, ingrédients et ressources, a aussi débuté. Parallèlement, des travaux d'architecture, intégrant les besoins résiduels du CAPQ et ceux d'Info-Santé et d'Info-Social, sont aussi en cours et permettront de confirmer ou non l'opportunité de mettre en place une solution commune et intégrée ;

- le registre québécois du cancer (RQC) a commencé ses opérations le 1er avril 2011. La livraison de la première phase du projet permet d'améliorer l'exhaustivité des informations sur les nouveaux cas de cancer déclarés et d'indiquer une date de diagnostic, à l'instar des autres provinces. Pour l'année 2011, les 50 établissements ciblés possédant un laboratoire de pathologie ont transmis les informations exigées par le RQC.

  Les travaux de mise en place des autres phases du RQC se sont poursuivis en collaboration avec des représentants du réseau et des partenaires impliqués, notamment le Comité aviseur, le Comité des utilisateurs et le Comité de la qualité du RQC ainsi que le Comité consultatif en anatomopathologie et la RAMQ. Ils visent la mise en place de registres locaux de cancer dans les établissements, l'implantation d'un outil de travail permettant aux pathologistes de produire des rapports standardisés et informatisés. Ils visent également le rehaussement du système RQC par l'ajout de nouvelles informations qui permettront de recevoir graduellement les données essentielles définies par le Comité consultatif sur le registre de cancer (le stade de la tumeur au moment du diagnostic et les premiers traitements administrés) ;

- le Ministère a commencé à implanter, le 19 mai 2009, un nouveau processus d'informatisation des groupes de médecine de famille (GMF) mieux adapté à la réalité des cliniques médicales. Au 31 mars 2012, 231 GMF, dont les services informatiques avaient migré selon le nouveau processus, ont été pris en charge par l'équipe suprarégionale et la conformité aux exigences informatiques du Ministère a été confirmée pour 146 d'entre eux ;
- au 31 décembre 2011, sept solutions de dossier médical électronique (DME) ont été homologuées et certifiées conformes au Système québécois d'information sur les médicaments. Au cours du mois de février 2012, une nouvelle phase d'homologation des DME a été entreprise. Elle vise essentiellement à introduire l'interopérabilité avec le domaine laboratoire du Dossier de santé du Québec (DSQ) ;
- au 31 mars dernier, des travaux d'architecture technologique ainsi qu'un dossier d'affaires ont permis de déterminer les bénéfices de l'optimisation du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance.

Optimisation des technologies de l'information pour le réseau de la santé et des services sociaux

Dans le but de contribuer à limiter la croissance des dépenses de santé, la Direction générale des technologies de l'information a dirigé et mis en œuvre sept projets d'optimisation en ressources informationnelles reliés à la Stratégie de transformation et d'optimisation des ressources informationnelles du gouvernement. Ces projets d'optimisation portent sur

- l'implantation de la téléphonie IP dans toutes les organisations du réseau ;
- le regroupement des achats pour la téléphonie cellulaire (voix et données) ;
- le rehaussement des infrastructures de la visioconférence ;
- la mise en place d'un seul service de courrier électronique dans le réseau ;
- la gestion regroupée du parc des postes de travail normalisés ;
- le regroupement des centres de traitement des données ;
- la gouvernance du maintien des actifs d'intérêt commun.

L'implantation de la téléphonie IP dans toutes les organisations du réseau

Au cours de l'année 2011-2012, les agences ont procédé à une mise à jour de l'inventaire des systèmes téléphoniques utilisés par les établissements et elles ont entrepris l'examen de la situation actuelle ainsi que le relevé des systèmes téléphoniques qui devront faire l'objet d'un rehaussement dans leur région.

Le regroupement des achats pour la téléphonie cellulaire (voix et données)

Un appel d'offres pour regrouper la majorité des contrats en téléphonie cellulaire du réseau a été lancé dans la dernière année. Le nouveau contrat de services cellulaires est entré en vigueur en juin 2011.

Le rehaussement des infrastructures de visioconférence

Le Ministère s'est associé au Centre de services partagés du Québec pour le lancement d'un appel d'offres visant l'acquisition d'un service de visioconférence pour l'ensemble des organismes gouvernementaux. Ce nouveau service, en plus de répondre aux besoins croissants, permettra de réaliser des économies au cours des prochaines années.

La mise en place d'un seul service de courrier électronique dans le réseau

Au cours de la dernière année, le Ministère a lancé une demande d'information auprès des fournisseurs afin de connaître les différentes solutions disponibles sur le marché. Cela a permis de préciser les besoins du réseau et de dégager des orientations importantes pour la rédaction du devis d'appel d'offres.

La gestion regroupée du parc des postes de travail normalisés

Un guide d'optimisation des postes de travail a été rédigé par le Ministère. Ce guide se veut un document de référence pour les agences pour leur permettre l'optimisation régionale de la gestion des postes de travail.

Le regroupement des centres de traitement des données

Les agences ont amorcé leur travail de réflexion pour le regroupement des centres de traitement sur deux pôles régionaux en vue de faire des économies substantielles. Des agences rédigent actuellement leur plan régional et elles évaluent les bénéfices potentiels.

La gouvernance du maintien des actifs d'intérêt commun

Au début de l'année financière 2011-2012, les orientations ministérielles et les principes directeurs ont été énoncés et, par la suite, leur mise en œuvre a débuté. De même, une analyse sur l'état des actifs était en cours pour soutenir la priorisation des travaux du maintien des actifs.

Une équipe de conseillers des actifs d'intérêt commun a été mise en place accompagnant les clients dans le cadre du maintien et de l'évolution des actifs et de la préparation de leurs demandes de changement et d'évolution en fonction des nouveaux besoins. L'équipe assure également le suivi et le respect des échéanciers de la réalisation des demandes de changement par le mandataire de service.

De plus, l'équipe de conseillers d'actifs s'est assurée de la mise en place de différents processus tels que :

- les demandes d'évolution ;
- le cycle annuel des évaluations budgétaires ;
- l'entente globale pour la gestion des actifs d'intérêt commun confiée à SOGIQUE.

La mise en place d'une table de pilotage a permis d'amener l'ensemble des directions générales et leurs pilotes d'orientation à assurer une réponse optimale aux besoins qui découlent des orientations et des offres de service des différents programmes-services. Compte tenu de l'interaction importante découlant des services offerts par les différents programmes, l'arrimage entre les directions générales s'avère une étape essentielle à l'élaboration d'une approche globale et cohérente en matière de gestion des ressources informationnelles. L'objectif est ainsi d'optimiser les façons de faire en privilégiant le partage et la mise en commun du savoir-faire, de l'information, des infrastructures et des ressources.

Services de télécommunication

En ce qui concerne les services de télécommunication, 2011-2012 fut la première année complète de fonctionnement du nouveau réseau intégré de télécommunication multimédia, qui fait suite à la migration des deux dernières années. L'accent fut mis sur la consolidation des processus opérationnels avec les partenaires et les fournisseurs afin d'assurer la disponibilité et la qualité des services de télécommunication nécessaires à l'utilisation des actifs informationnels, dont le Dossier santé du Québec (DSQ).

D'autres travaux dans le domaine des télécommunications auront quant à eux permis de

- maintenir et améliorer le service de visioconférence pour la télésanté et les services administratifs ;
- mettre en place une solution centralisée de sécurité protégeant les postes de travail et les actifs informationnels des logiciels malveillants pouvant s'introduire lors de la navigation sur Internet ;
- planifier et amorcer l'amélioration des services de télécommunication d'environ 250 sites cliniques en vue du déploiement des dossiers cliniques informatisés (DCI) et du DSQ.

Dossier de santé du Québec

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un outil électronique de partage d'information sécurisée entre professionnels de la santé autorisés qui leur permettra de consulter les informations cliniques des citoyens du Québec, quel que soit le lieu où le service est fourni. Un citoyen pourra cependant signifier son refus de donner accès aux informations qui le concernent.

Plusieurs projets concourent à la mise en œuvre du DSQ. En résumé, le degré d'avancement des principaux projets est le suivant :

- l'imagerie diagnostique : le déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images numérisées est terminé, avec 99,9 % d'images numérisées. L'alimentation des trois répertoires suprarégionaux, infrastructures permettant le partage, a atteint 71,1 % des images numérisées. Les travaux pour la visualisation des images et des rapports dans le cadre du projet expérimental DSQ de la région de la Capitale-Nationale ont été complétés ;
- les résultats des laboratoires : cinq laboratoires de la région de la Capitale-Nationale ont été intégrés au projet d'expérimentation dont les travaux se sont terminés en décembre 2011. Les deux laboratoires de la région de Lanaudière alimentent le domaine laboratoire depuis février 2012. Au 31 mars, la priorité était mise sur l'accompagnement des laboratoires des établissements publics afin qu'ils alimentent le domaine avec leurs résultats d'analyse ;

- les médicaments : l'ordonnance électronique s'est ajoutée au profil pharmacologique dans le cadre du projet expérimental qui a pris fin en décembre 2011. La montée en charge dans la région de la Capitale-Nationale est en cours et a atteint, en mars 2012, 60 % des pharmacies communautaires de la région. De plus, 34 % des pharmacies communautaires de la région de Lanaudière et 9 % des pharmacies communautaires de la région de l'Estrie alimentent le domaine médicaments du DSQ ;

- les projets de télésanté (deux projets par réseau universitaire intégré de services) : l'échéancier des projets a été révisé conformément aux nouvelles ententes signées avec Inforoute Santé du Canada. Les projets suivants sont en processus d'implantation :

  - la téléformation et le soutien clinique multidisciplinaire avancent, leur déploiement se situe à 81 % de l'objectif ;

  - le déploiement des centres de télésoins à domicile est terminé et les cibles d'utilisation sont largement dépassées, avec plus de 30 000 transmissions ;

  - la télévisite du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile est terminée et est en opération ;

  - le centre virtuel de santé et des services sociaux a été déployé dans 94 % des sites cliniques visés ;

  - le déploiement de la télépathologie a rejoint 95 % des installations prévues ;

  - la téléconsultation et le soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires ont commencé, avec un déploiement à 93 % ;

  - la téléassistance en soins de plaies est opérationnelle dans 100 % des sites visés ;

  - en ce qui a trait à la téléformation et à la téléconsultation en multispécialités, le déploiement a atteint 75 % ;

- le projet de protection en santé publique déploie le module de gestion des produits immunisants (GPI) et planifie le déploiement des modules d'immunisation et de protection. Au 31 mars 2012, le volet GPI a réalisé le déploiement de la solution dans huit régions ;

- le projet SécurSanté, qui permet le contrôle de l'accès au DSQ, a déployé sa solution pilote et développe la solution finale ;

- le projet expérimental est en cours et se poursuit, avec l'alimentation des médicaments et des laboratoires qui a débuté dans trois nouvelles régions (Estrie, Lanaudière et Montréal).

Au 31 mars 2012, les dépenses totales du DSQ s'établissaient à 416,1 millions de dollars, par rapport à des investissements prévus de 562,6 millions de dollars. Le tableau suivant présente le contour financier au budget 2011-2012, y compris la contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada et celle du gouvernement du Québec, de même que le montant des dépenses réelles au 31 mars 2012.

Dossier de santé du Québec: contour financier et dépenses

PROJETS LIÉS AU DSQ		CONTOUR FINANCIER AU BUDGET 2011-2012	CONTRIBUTION ATTENDUE D'ISC	CONTRIBUTION DU QUÉBEC	DÉPENSES RÉELLES AU 31 MARS 2012
	PROPRIÉTAIRES	MONTANTS (EN MILLIONS DE DOLLARS)			
Couche d'accès à l'information de santé (y compris les adaptations à SécurSanté)	SIQ	26,6	22,2	4,4	26,1
Consentement :					
▪ registre des consentements	RAMQ	4,1	–	4,1	4,0
▪ service de gestion	SIQ	3,5	–	3,5	2,4
Imagerie diagnostique	Agence Mtl	110,7	71,9	38,8	88,6
Index patient maître (IPM)	SIQ	21,9	10,0	11,9	22,1
SécurSanté (initialement appelé Infrastructure à clé publique [ICP])	RAMQ	25,4	–	25,4	14,3
Médicaments	RAMQ	44,5	40,1	4,4	37,6
Registres des intervenants et des usagers (y compris le service de localisation)	RAMQ	23,8	10,0	13,8	22,1
Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)	Agence Mtl	2,1	2,0	0,1	2,0
Santé publique (Panorama)	INSPQ	23,6	17,1	6,5	16,7
Télésanté	SIQ	43,5	21,0	22,5	29,5
Visualiseur du dossier de santé électronique, dossier de santé électronique et laboratoires (y compris les services régionaux de conservation)	Agence Mtl	101,6	90,1	11,5	80,9
Montants des activités communes aux projets :					
▪ intérêts		26,9	–	26,9	6,6
▪ administration		20,6	–	20,6	17,4
▪ architecture, gestion de projets et gestion du changement		21,5	13,3	8,2	20,2
▪ mise en œuvre et déploiement régional et du Réseau de soutien et de validation par les pairs (RSVP)		57,4	3,2	54,2	24,7
▪ évaluation des bénéfices		4,9	2,5	2,4	0,9
TOTAL		**562,6**	**303,4**	**259,2**	**416,1**

Légende

DSQ : Dossier de santé du Québec
ISC : Inforoute Santé du Canada
SIQ : Société immobilière du Québec
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
Agence MTL : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

PARTIE 7

L'APPLICATION DES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES

7.1 L'accès à l'égalité en emploi

LES MEMBRES DE COMMUNAUTÉS CULTURELLES, LES ANGLOPHONES, LES AUTOCHTONES ET LES PERSONNES HANDICAPÉES

En 2011-2012, le Ministère a poursuivi ses efforts au regard de l'objectif gouvernemental visant une fonction publique qui reflète davantage les diverses composantes de la société québécoise. Malgré le bassin restreint de candidats appartenant aux groupes cibles auquel il a eu accès, le Ministère est parvenu à recruter 19 membres de groupes cibles, ce qui correspond à 13 % de l'ensemble des personnes embauchées. Les données présentées ci-dessous comprennent les effectifs du Commissaire à la santé et au bien-être.

Taux d'embauche des membres des groupes cibles, par statut d'emploi, 2011-2012

STATUTS D'EMPLOI	EMBAUCHE TOTALE 2011-2012	COMMUNAUTÉS CULTURELLES	ANGLOPHONES	AUTOCHTONES	PERSONNES HANDICAPÉES	TOTAL	TAUX D'EMBAUCHE PAR STATUT D'EMPLOI[1]
Réguliers[2]	25	2	–	–	1	3	12 %
Occasionnels[3]	65	4	1	–	–	5	8 %
Étudiants	34	4	2	–	–	6	18 %
Stagiaires	19	4	–	–	1	5	26 %
Total	**143**	**14**	**3**	**–**	**2**	**19**	**13 %**

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est calculé selon le nombre total de personnes issues du groupe visé dans un statut donné, par rapport à l'embauche totale 2011-2012 dans le statut d'emploi.
2. Les données sur l'embauche du personnel régulier ne concernent que les recrutements.
3. Les données sur l'embauche du personnel occasionnel ne concernent que les nouvelles entrées en fonction durant la période visée, ce qui exclut les employés occasionnels inscrits sur des listes de rappel ainsi que ceux dont le contrat est prolongé.

Au cours des trois dernières années, l'embauche d'étudiants et de stagiaires a constitué un moyen d'attraction bénéfique au regard de la représentativité des membres de groupes cibles au sein de l'organisation. L'embauche de ce personnel continuera d'être un moyen à privilégier, compte tenu des avantages qu'une telle main-d'œuvre représente sous l'angle de la relève.

Évolution du taux d'embauche global des membres des groupes cibles, par statut d'emploi, au 31 mars de chaque année

EXERCICES	RÉGULIERS	OCCASIONNELS	ÉTUDIANTS	STAGIAIRES
2009-2010	30 %	10 %	23 %	8 %
2010-2011	24 %	5 %	15 %	31 %
2011-2012	12 %	8 %	18 %	26 %

Au regard de la représentativité des personnes handicapées, ces dernières composent 2 % de l'effectif régulier du Ministère en date du 31 mars 2012, ce qui correspond à la cible gouvernementale fixée pour la fonction publique.

Malgré les efforts déployés, le taux de représentativité des membres issus des communautés culturelles par rapport à l'ensemble de l'effectif régulier s'établit à 5 %, mais reste en deçà de la cible gouvernementale fixée à 9 %. La situation peut s'expliquer par le fait que la majorité des emplois au Ministère sont à Québec et que les membres des communautés culturelles vivent principalement dans la région de Montréal. Bien qu'elle soit stable depuis 2009-2010, la proportion a toutefois augmenté de façon significative au cours des dernières années puisqu'elle est passée de 2 % en 2005-2006 à 5 % en 2011-2012. Le Ministère poursuit ses efforts en vue d'atteindre le taux de représentativité recherché.

Évolution du taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, au 31 mars de chaque année

GROUPES CIBLES	2010		2011		2012	
	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS EN PLACE	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS EN PLACE	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL	NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS EN PLACE	TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ PAR RAPPORT À L'EFFECTIF RÉGULIER TOTAL
Communautés culturelles	32	5 %	32	5 %	31	5 %
Autochtones	4	1 %	5	1 %	3	1 %
Anglophones	4	1 %	5	1 %	4	1 %
Personnes handicapées	9	1 %	10	2 %	10	2 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier: résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2012

GROUPES CIBLES	PERSONNEL D'ENCADREMENT		PERSONNEL PROFESSIONNEL[1]		PERSONNEL TECHNICIEN		PERSONNEL DE BUREAU		PERSONNEL OUVRIER		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Communautés culturelles	0	0%	20	6%	7	7%	4	4%	0	0%	31	5%
Autochtones	0	0%	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%	3	1%
Anglophones	1	2%	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%	4	1%
Personnes handicapées	1	2%	4	1%	4	4%	1	1%	0	0%	10	2%

1 Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

LA REPRÉSENTATION FÉMININE

Depuis plusieurs années, le Ministère assure aux femmes une place de choix dans tous les statuts d'emploi, ce qui leur donne un taux de représentativité élevé par rapport à l'ensemble du personnel. Au 31 mars 2012, les femmes représentaient 66 % de l'effectif régulier du Ministère. Si l'on ne prend en considération que les emplois d'encadrement, les femmes constituent 51 % de l'effectif. Les données présentées comprennent les effectifs du Commissaire à la santé et au bien-être.

Taux d'embauche des femmes par statut d'emploi, 2011-2012

	RÉGULIERS	OCCASIONNELS	ÉTUDIANTS	STAGIAIRES	TOTAL
Nombre de femmes embauchées	21	49	23	10	103
Pourcentage par rapport au nombre total d'embauches en 2011-2012	84 %	75 %	68 %	53 %	72 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2012

	PERSONNEL D'ENCADREMENT	PERSONNEL PROFESSIONNEL[1]	PERSONNEL TECHNICIEN	PERSONNEL DE BUREAU	PERSONNEL OUVRIER	TOTAL
Nombre d'employés ayant le statut d'employé régulier	61	334	101	90	0	586
Nombre de femmes ayant le statut d'employée régulière	31	197	73	88	0	389
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	51 %	59 %	72 %	98 %	0 %	66 %

1 Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes

MESURES OU ACTIONS FAVORISANT L'EMBAUCHE, L'INTÉGRATION ET LE MAINTIEN EN EMPLOI

En ce qui a trait aux mesures ou aux actions visant à favoriser l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi de son personnel en 2011-2012, le Ministère a poursuivi ses efforts visant l'embauche de personnes appartenant à des groupes cibles, notamment par l'adoption de pratiques de gestion favorisant le recrutement de ces personnes.

7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL POUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES 2011-2015

En juin 2011, le gouvernement lançait le plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, dans lequel plusieurs engagements ministériels sont inscrits. Voici les résultats 2011-2012 des actions sous la responsabilité du Ministère.

Action 63 : Sensibiliser la population et le personnel professionnel quant à l'utilisation des produits, des services et des moyens amaigrissants

L'Association pour la santé publique du Québec a élaboré une formation afin d'informer et de conscientiser les professionnels de la santé travaillant dans des centres d'enseignement du diabète quant aux risques engendrés par la consommation de produits, de services et de moyens amaigrissants (PSMA) chez leurs patients diabétiques de type 2. Ainsi, 300 professionnels de la santé ont été rejoints dans 118 centres d'enseignement du diabète.

Deux dossiers de plaintes formulées sur la publicité ou l'efficacité des PSMA sont actuellement devant les tribunaux, et traités par l'Office de la protection du consommateur, qui a la responsabilité de ces requêtes.

Par ailleurs, le Ministère est responsable ou partenaire, selon les actions, dans la réalisation du *Plan d'action pour la mise en œuvre 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*.

Action 64 : Poursuivre les activités de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin en donnant priorité à l'assurance qualité et à l'accessibilité

De nouveaux outils de communication et un nouveau formulaire de consentement ont été produits dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. En matière d'assurance qualité, des mesures ont par ailleurs été élaborées pour mieux soutenir la rétroaction entre les médecins des centres de confirmation diagnostique et les radiologues qui réalisent les mammographies de dépistage. Des travaux réalisés par l'Institut national de santé publique du Québec ont aussi porté sur l'accessibilité des services de dépistage.

En novembre 2011, le ministre a rendu publiques les lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col utérin. Il a également annoncé la création d'un comité d'experts chargé de soutenir la mise en œuvre de ces lignes directrices et de préciser les modalités pour améliorer tant la qualité du dépistage du cancer du col utérin au Québec que l'accès à ce service.

Action 67 : Développer et consolider les services de planification des naissances

En 2011-2012, 95 % des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 22 % des groupes de médecine familiale ont adopté l'ordonnance collective de contraception hormonale.

Action 69 : Diminuer le recours aux interventions obstétricales non médicalement requises

Tous les centres hospitaliers accoucheurs ont amorcé l'implantation du programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO[OB]).

Action 70 : Accroître les services de soutien à domicile et documenter les pratiques innovantes

Un des deux projets de recherche prévus sur les pratiques novatrices en matière de soutien à domicile a été finalisé en 2011-2012.

Action 71 : Élaborer et rendre publique la Politique gouvernementale du « vieillir chez soi »

Le Ministère a participé, sous la coordination du ministère de la Famille et des Aînés, à l'élaboration de la politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec.*

Action 76 : Documenter l'ampleur du problème de la violence familiale au Québec, dont l'exposition des enfants à la violence conjugale

Le Ministère et l'Institut de la statistique du Québec ont réalisé les premières étapes d'une enquête portant sur la violence familiale au Québec, soit la préparation du questionnaire, la sélection d'une base de sondage, l'élaboration d'un plan de sondage et la réalisation du pré-test.

Autres actions :

Pour les autres engagements du Ministère, soit les actions 12, 24, 51, 65, 66, 68 et 68-B, l'atteinte des résultats n'a pu être évaluée en 2011-2012, compte tenu de leur état d'avancement.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL EN MATIÈRE D'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES 2011-2015

En 2011-2012, en plus de poursuivre ses activités de sensibilisation en matière d'analyse différenciée selon le sexe (ADS), le Ministère a aussi inscrit neuf engagements dans le cadre du Plan d'action gouvernemental en matière d'ADS 2011-2015. Voici pour l'exercice 2011-2012 les résultats des actions sous la responsabilité du Ministère.

Action 21 : Mettre à la disposition de la population un portrait de santé du Québec et de ses régions présentant des données ventilées selon le sexe

Le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec qui s'intitule *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions* a été rendu public en novembre 2011. Plus de 95 % des 187 indicateurs du portrait de santé ont été ventilés selon le sexe.

Action 22 : Rendre accessibles les principaux indicateurs nationaux et régionaux sur l'état de santé et de bien-être des femmes et des hommes en fonction des déterminants majeurs qui influent sur cet état

Plus de 160 indicateurs nationaux de santé et de bien-être ont été mis en ligne en janvier 2011 sur le site Internet du Ministère.

Action 23 : Poursuivre l'intégration de l'ADS à des actions ciblées lors de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

Les partenaires de ce plan d'action ont relevé 33 actions reliées à une ADS. Notons, par exemple, la consolidation de places en hébergement d'urgence ainsi que la mise en place de projets de réinsertion sociale et d'équipes de proximité.

Action 24 : Poursuivre l'intégration de l'ADS à la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008, pour des activités ciblées

L'ADS a été utilisée afin de déterminer les activités du Programme national de santé publique (PNSP) qui s'adressent spécifiquement aux clientèles féminines et masculines. Trois activités du PNSP et huit pratiques cliniques préventives visent particulièrement des clientèles féminines.

Action 25 : Poursuivre l'intégration de l'ADS à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement

Trois indicateurs sont suivis afin d'observer la mise en œuvre de cette action : la proportion de femmes et d'hommes rejoints dans les centres d'accès au matériel d'injection ; le nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans rejoints ainsi que le nombre d'interventions selon le sexe fournies par les services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang en CSSS.

Action 27 : Poursuivre l'intégration de l'ADS à l'adaptation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches pour le soutien aux proches aidants et l'hébergement

Le Ministère a produit un état de situation sur les connaissances en matière de soutien aux proches aidants et d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie, selon une perspective d'ADS. Cet état de situation inclut des exemples d'application de l'ADS à ces problématiques.

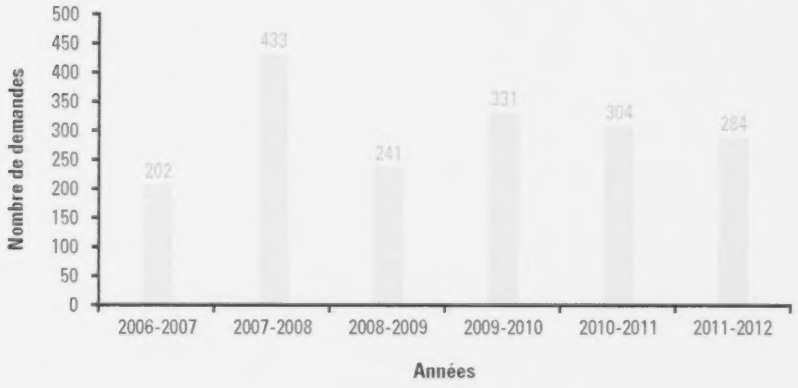
Autres actions :

Pour les autres actions inscrites par le Ministère, soit les actions 10, 26 et 28, l'atteinte des résultats n'a pu être évaluée en 2011-2012, compte tenu de leur état d'avancement.

7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2011-2012, le Ministère a reçu 284 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. De ce nombre, 177 visaient l'obtention de documents administratifs (62 %) et 107 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (38 %).

Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière, de 2006-2007 à 2011-2012



Parmi les demandes reçues en 2011-2012, 62 % ont eu un accès total ou partiel à l'information, 7 % se sont soldées par un refus de communication – principalement, en vertu des articles 18, 20, 34, 37, 39, 53 et 54 de la Loi – et 31 % concernaient des documents non détenus par le Ministère ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours et moins dans 66 % des cas. Sept recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Nombre de demandes ayant obtenu une réponse du Ministère, selon le type de demande, 2010-2011 et 2011-2012

TYPE DE DEMANDE	2010-2011	2011-2012
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	346	373
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	412	479
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés aux fins de recherche, d'étude ou de statistique	49	27

Le comité sur l'accès à l'information, sur la protection des renseignements personnels et sur la sécurité de l'information s'est assuré de la diffusion, sur le site Web du Ministère, de tous les documents mentionnés à l'article 4 du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels. De plus, la sensibilisation et la formation du personnel au sujet des obligations et des pratiques en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels ont constitué une part importante de l'activité du responsable de l'accès et de son personnel. Ces derniers ont dû répondre à plus de 370 demandes de renseignements et d'avis.

7.4 L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration

La Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été adoptée en novembre 1999, à la suite de la diffusion de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

La mise à jour de la politique ministérielle a débuté à l'automne 2011, s'est poursuivie durant l'hiver 2011-2012 et s'échelonnera jusqu'à l'automne 2012. La Direction des communications a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des affaires juridiques pour adapter la politique ministérielle à la nouvelle politique gouvernementale adoptée et diffusée en 2011, en tenant compte de la mission ainsi que des enjeux propres au réseau de la santé et des services sociaux.

En 2011-2012, le Ministère n'a reçu aucune plainte de l'Office québécois de la langue française. Les communications et les activités du personnel du Ministère se sont déroulées dans le respect de la politique linguistique ministérielle.

7.5 Les changements climatiques

Dans son rapport annuel de gestion, le Ministère effectue une reddition de comptes des mesures 16, 17 et 21 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques.

Les travaux en matière d'efficacité énergétique au Ministère s'inscrivent depuis 2006 dans le cadre de la Stratégie énergétique du Québec et de la mesure 16 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques qui demandaient au réseau de la santé et des services sociaux de réduire l'intensité énergétique de ses bâtiments de 14 % en 2010 par rapport à 2003. Les résultats associés à cette mesure sont présentés à la partie 4 du présent document sous l'action 12 du Plan d'action de développement durable 2009-2013.

En ce qui concerne la mesure 17, le Programme de navettage durable 2011-2013 vise la réduction des émissions de gaz à effet de serre engendrées par les déplacements des employés pour le trajet qui sépare leur lieu de travail de leur domicile. Le financement de ce programme provient du Fonds vert.

Le comité de navettage durable, chargé de sa mise en œuvre, a mis en place une panoplie de services pour faire connaître et faciliter l'utilisation des transports actifs et collectifs, dont

- la tenue d'une foire des transports actifs et collectifs (présence de la Société de l'assurance automobile du Québec, du Réseau de transport de la Capitale et d'Accès transport viable) ;
- la diffusion sur l'intranet ministériel de chroniques sur la marche à pied, le vélo et les transports en commun ;
- la mise au point gratuite de vélo en milieu de travail ;
- le maintien et la promotion du programme Abonne-bus ;
- l'augmentation du nombre d'espaces de stationnement pour les vélos ;
- l'implantation d'un logiciel pour le covoiturage ;
- un programme de retour garanti à domicile.

La mesure 21 porte sur la mise en place de « mécanismes qui permettront de prévenir et d'atténuer les impacts des changements climatiques sur la santé et la sécurité publiques ». À cette fin, le Ministère a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) la coordination de différents projets ciblant notamment le développement de systèmes de veille-avertissement et de surveillance santé en temps réel, l'adaptation de la gestion clinique, sociale et matérielle du réseau de la santé, le soutien à l'aménagement préventif des lieux et des espaces habités ainsi que la formation, le transfert des connaissances, les adaptations et solutions possibles.

Par ailleurs, des appels d'offres ont été lancés afin de présenter et de promouvoir différentes techniques de construction et d'aménagement qui permettent de réduire le phénomène d'îlot de chaleur urbain. En 2012, trois projets ont débuté en ce qui concerne la démonstration d'adaptation aux changements climatiques de bâtiments de logement social du réseau des Offices municipaux d'habitation (OMH) du Québec. Une subvention totale de plus de 1,5 million de dollars a été allouée aux OMH de Longueuil, Laval et Trois-Rivières.

De plus, entre 2010 et 2012, les représentants de la Direction générale de la santé publique et de l'INSPQ ont participé au groupe de travail sur le développement de la stratégie gouvernementale d'adaptation aux changements climatiques 2013-2020. Ce groupe a élaboré les mesures concrètes pour mettre en œuvre cette stratégie.

7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

La Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) a comme responsabilités principales d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de même que de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année 2011-2012, les membres de cette table se sont réunis à quatre reprises. À chaque réunion, les projets ministériels prioritaires auxquels les RUIS participent activement ont été mis à l'ordre du jour dans le but de préciser les orientations et de faire une mise à jour sur l'état des travaux. Ces projets sont :

- la mise en place d'un continuum de services pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- la gestion de la douleur ;
- les soins aux personnes âgées.

L'effet des nouveaux horaires de garde des résidents sur le fonctionnement des hôpitaux universitaires a été discuté à la suite de la décision rendue par l'arbitre du tribunal du travail. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a présenté son organisation et son mode de fonctionnement et a fait état de la nécessité d'établir des partenariats avec les RUIS et les unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. En octobre 2011, le Dr Jean Rodrigue a succédé au Dr Michel A. Bureau à la présidence de la Table de coordination nationale. Il a fait connaître les priorités de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire, notamment le renforcement des services de première ligne, la valorisation de la tâche de l'infirmière, la promotion de la collaboration interprofessionnelle, le développement du continuum mère-enfant et la réalisation des projets en cours (AVC, douleur chronique et soins aux personnes âgées).

Au cours de l'année, cinq tables sectorielles ont exercé leurs activités :

- la table sur la gestion de la douleur chronique ;
- la table sur le vieillissement ;
- la table mère-enfant ;
- la table en soins infirmiers ;
- la table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Il faut noter que la table mère-enfant a produit et soumis pour approbation à la Table de coordination nationale un rapport intitulé *Pour une amélioration de l'offre de service en première ligne – Périnatalité et petite enfance*. Pour sa part, la table en soins infirmiers a soumis à cette instance un rapport intitulé *Avis sur la formation infirmière initiale*.

7.7 L'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique

L'éthique constitue une préoccupation fondamentale et constante pour le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En effet, tout nouvel employé reçoit, lors de son arrivée, un accueil personnalisé au cours duquel, entre autres, lui est transmise toute l'information pertinente au regard de l'application du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique. De plus, lors des sessions d'accueil organisationnelles, le personnel participe à un atelier de travail portant sur l'éthique.

Enfin, le Ministère rappelle de façon périodique à son personnel qu'il peut, en tout temps, demander avis et conseil au représentant désigné à l'éthique.

En 2011-2012, aucune infraction au règlement sur l'éthique n'a été relevée au Ministère et aucune situation ne s'est produite relativement à l'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique, qui stipule que « le fonctionnaire ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste ».

7.8 Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013, titré *La diversité : une valeur ajoutée*

La politique gouvernementale visant à favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, intitulée *La diversité : une valeur ajoutée*, ainsi que le Plan d'action 2008-2013 qui l'accompagne pour assurer sa mise en œuvre, ont été lancés en octobre 2008. Ils s'articulent autour de trois grandes orientations et de huit choix stratégiques :

- reconnaître et contrer les préjugés et la discrimination :
  - éduquer et sensibiliser,
  - favoriser le rapprochement interculturel ;
- renouveler les pratiques :
  - assurer l'accès, le maintien et la progression en emploi,
  - favoriser un accès équitable aux services publics,
  - améliorer le respect et l'exercice des droits ;
- coordonner les efforts :
  - impliquer la société civile et accroître les partenariats,
  - stimuler et déployer les efforts gouvernementaux,
  - évaluer et mesurer la discrimination.

Le Ministère s'est engagé à réaliser quatre mesures prévues au Plan d'action 2008-2013. Ces mesures sont les suivantes :

34 C : *Favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes Québécois des communautés culturelles au moyen du programme Qualification des jeunes.*

En vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les jeunes participant au programme *Qualification des jeunes* ne peuvent être identifiés ni leur nombre confirmé.

En 2011-2012, le Ministère a adopté différentes mesures pour donner suite aux recommandations formulées par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans son rapport *Profilage racial et discrimination systémique des jeunes racisés*. Ces mesures s'adressent aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux qui interviennent auprès des jeunes issus des communautés ethnoculturelles. Elles visent essentiellement la formation, le soutien à l'intervention, l'adaptation des services et la mise en place de partenariats avec les organismes communautaires pour favoriser des services adaptés aux jeunes Québécois issus des communautés ethnoculturelles. De même, un comité de travail formé de représentants ministériels et du réseau de la santé et des services sociaux a été mis en place par le Ministère. Le mandat de ce comité consiste à recommander les meilleures pratiques à implanter afin d'améliorer les services destinés à ces jeunes.

41 K : *Enrichir les programmes-cadres de formations interculturelles offertes au personnel et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux afin d'assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse et de prévenir la discrimination lors de la prestation des services.*

Il y a une dizaine d'années, le Ministère a conçu et publié deux programmes-cadres balisant la formation des intervenants et des gestionnaires du réseau en matière de relations interculturelles : « L'approche clientèle dans un contexte interculturel » et « Gestion de la diversité en contexte d'une approche-clientèle et d'une gestion des ressources humaines axée sur les résultats ». Plusieurs établissements ont, depuis ce temps, conçu des programmes de formation plus adaptés à leurs besoins.

Au cours de l'année 2011-2012, le Ministère a inventorié les activités et les programmes de formation ayant du contenu portant sur l'interculturalité dans les universités québécoises ainsi que dans le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, une recension des bonnes pratiques de formation ayant du contenu abordant l'interculturalité dans les bases de données empiriques a été réalisée avec la collaboration de l'Université de Montréal.

À la suite de ces collectes d'informations, le Ministère procédera à l'analyse des programmes-cadres afin de retenir celui dont les contenus devraient contribuer le mieux à assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse et à prévenir la discrimination lors de la prestation de services.

41 L : *Documenter la situation du racisme et de la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux afin d'établir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le réseau.*

Depuis le 1er avril 2009, les établissements du réseau ainsi que les agences de la santé et des services sociaux répertorient les plaintes pour motifs de discrimination ou de racisme dans le système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services. Leurs rapports sur les plaintes 2010-2011 ont été rendus disponibles à l'automne 2011.

Toutefois, une démarche entreprise auprès des commissaires locaux et régionaux a permis de constater que certaines plaintes se sont retrouvées dans la catégorie « discrimination-racisme » alors qu'il n'était pas question de discrimination au sens où le conçoit la politique gouvernementale.

Des réflexions devront être faites pour préciser la définition des concepts ainsi que pour optimiser la méthode d'extraction des données.

41 M : *Stimuler les efforts de recherche sur l'influence du racisme et de la discrimination sur la santé afin d'améliorer les orientations et les programmes ministériels et de mettre en œuvre des interventions visant la réduction des inégalités sociales de la santé.*

Des établissements du réseau ont mené ou mènent actuellement diverses recherches en matière d'adaptation des services aux réalités ethnoculturelles. En 2011-2012, le Ministère poursuit l'inventaire des projets de recherche portant sur les communautés ethnoculturelles ou impliquant ces communautés, en parcourant l'attribution des contrats de recherche des dix dernières années par les Instituts de recherche en santé du Canada et le Fonds de la recherche en santé du Québec.

7.9 La Politique de financement des services publics

En vertu de la Politique de financement des services publics annoncée lors du dépôt du budget 2009-2010, le Ministère doit rendre compte de son processus tarifaire, et ce, autant pour lui-même que pour les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux sous sa responsabilité.

Il s'avère que plusieurs tarifs sont fixés par le Ministère pour des biens et services rendus par le Ministère et son réseau. Compte tenu de la nature des services fournis et du nombre de tarifs, les prochaines pages présentent distinctement le processus tarifaire du Ministère, celui du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celui associé au transport préhospitalier d'urgence. Pour sa part, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) rend compte de son processus tarifaire dans son propre rapport annuel de gestion.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les revenus du Ministère proviennent de diverses sources, soit de la vente de permis, des services administratifs, des primes payées par les ressortissants étrangers en vertu du programme d'assurance hospitalisation pour les étrangers et du recouvrement de la tierce responsabilité. L'administration de ces deux dernières sources de revenus est confiée à la RAMQ.

Revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2011-2012
7,75 M$	6,68 M$

Revenus et coûts estimés détaillés

Les permis : il s'agit des frais facturés pour l'octroi des permis de radiologie, de biologie médicale, d'orthèses et de prothèses, de directeur de funérailles et de centre médical spécialisé. Depuis 2010-2011, cette catégorie inclut les permis pour les centres de procréation assistée.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
1,81 M$	0,77 M$

Les tarifs sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ils ont été fixés initialement dans les lois et règlements correspondants. Ils sont indexés annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation (IPC). La dernière indexation a eu lieu le 1er janvier 2012.

Les services administratifs : il s'agit en majeure partie des abonnements et des renouvellements d'abonnements au manuel de gestion financière.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
0,01 M$	0,01 M$

Les tarifs sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ils ont été fixés historiquement en fonction des coûts. L'indexation des tarifs se faisait aux trois ans, selon une indexation annuelle rétroactive. Depuis le 1er janvier 2012, ces tarifs sont indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes.

L'assurance hospitalisation pour les étrangers : le programme pour les ressortissants étrangers à prime est destiné aux citoyens étrangers travaillant au Québec, soit au service d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec, soit au service d'un organisme reconnu par le gouvernement du Québec et relevant d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec. Il permet à cette clientèle de bénéficier des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et de la Loi sur l'assurance maladie, pour lesquels le versement d'une prime est requis.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
0,16 M$	0,16 M$

Les primes ne sont pas publiées. Elles sont transmises par le ministère des Relations internationales aux clientèles visées. Ces primes sont fixées selon les évaluations actuarielles réalisées annuellement par la RAMQ. La dernière révision des primes a été mise en vigueur au 1er avril 2011.

La tierce responsabilité : il s'agit du recouvrement des coûts des services de santé auprès de tiers responsables visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que par la Loi sur l'assurance-hospitalisation. En vertu de ce programme, la RAMQ recouvre les coûts des services de santé et des services sociaux lorsque des citoyens ou leurs assureurs, par exemple, entament des démarches envers des tiers qui pourraient être responsables d'un accident.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
5,8 M$	5,8 M$

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services offerts en externe qui sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ces tarifs sont évalués en fonction des coûts. Ils sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. Ils ont été révisés le 1er mai 2011.

RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau de la santé et des services sociaux, composé de 283 établissements, dont 184 publics et 99 privés (entités juridiques) ainsi que de 1 713 installations (lieux physiques) au 31 mars 2012, a des revenus de tarification annuels de près de 1,6 milliard de dollars. Ces revenus proviennent de plusieurs sources. Par exemple, il peut s'agir d'un simple revenu de stationnement comme d'un revenu de tarification de services de santé fournis à des non-résidents du Canada.

Revenus et coûts estimés totaux

REVENUS TOTAUX ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS TOTAUX ESTIMÉS 2011-2012
1 577,5 M$	3 811,9 M$

Revenus et coûts estimés détaillés

La contribution des adultes hébergés, les contributions parentales et la prestation fiscale pour enfants placés en famille d'accueil : le Ministère a délégué à la RAMQ l'administration du programme de contribution financière des adultes hébergés. À cet égard, l'organisme doit fixer les contributions des adultes hébergés. Comme le précise le site Internet de la RAMQ, la contribution financière des adultes hébergés est le montant exigé de la part d'un adulte par le gouvernement pour son hébergement dans un établissement de santé au Québec. Elle répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile. En effet, comme les personnes vivant à domicile, les personnes hébergées doivent assumer les dépenses liées à leur gîte et nourriture. Les services sociaux et les services de santé, quant à eux, sont gratuits pour tous les citoyens et citoyennes du Québec. Ils ne sont donc pas pris en compte dans le calcul de la contribution. La RAMQ fixe donc la contribution exigible par les établissements du réseau en fonction de la catégorie de chambre occupée et de la capacité de payer des personnes. Les modalités d'application de cette contribution sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, aux articles 358 et suivants.

De même, les contributions parentales sont payées par les parents dont un enfant est hébergé par un centre jeunesse en famille d'accueil, un centre de réadaptation ou une autre ressource d'hébergement. Les parents demeurent responsables de leur enfant en vertu du Code civil du Québec. Ils assument donc, conjointement avec l'État, les coûts d'hébergement de l'enfant. Une méthode de calcul permet de majorer la contribution selon la capacité de payer des parents. Les modalités applicables sont prévues dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, aux articles 347 et suivants.

Enfin, la prestation fiscale pour enfants provient du gouvernement canadien. Il s'agit d'un paiement à l'égard d'enfants de moins de 18 ans qui sont à la charge d'un établissement.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
878,1 M$	3 176,4 M$

Les tarifs sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ils sont recalculés ou indexés annuellement en fonction de l'indice des rentes et la dernière indexation a eu lieu le 1er janvier 2012.

Les suppléments de chambres : en vertu des articles 7 à 13 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, les établissements sont tenus de désigner des salles, des chambres semi-privées et des chambres privées. Ils sont aussi tenus de réclamer le tarif prévu pour l'occupation des chambres semi-privées et privées, selon les modalités prescrites par le Ministère.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
60,5 M$	Sans objet

Les tarifs sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ils sont indexés annuellement suivant l'indice des rentes et la dernière indexation a eu lieu le 1er janvier 2012.

Les tierces responsabilités : le Ministère assume le coût des services de santé et des services sociaux fournis par les établissements du réseau aux résidents du Québec, lorsque ces services sont médicalement requis, ou sont prévus dans le cadre d'une loi du Québec.

Cependant, le Ministère n'assume pas le coût des services rendus dans les circonstances suivantes :

- les services fournis à un résident du Québec ne sont pas médicalement requis ;
- les services sont fournis à un résident d'une autre province canadienne ;
- les services sont fournis à un non-résident du Canada ;
- le coût des services est assumé par un autre organisme en vertu d'une loi du Québec ou du Canada[3].

3. Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, articles 3 et 4.

Dans ce dernier cas, les établissements du réseau facturent, par exemple, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ils facturent aussi la Gendarmerie royale du Canada (GRC) en vertu de la Loi sur la Gendarmerie royale du Canada. C'est ce que nous appelons communément les revenus de tierces responsabilités, c'est-à-dire qu'un tiers est responsable du paiement des coûts relatifs aux soins de santé et de services sociaux pour une clientèle particulière ; ainsi la CSST est responsable du coût des services de santé pour les travailleurs accidentés et la GRC, pour ses employés.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
213,9 M$	202,1 M$

Les tarifs utilisés sont les prix de journée affichés dans chacun des établissements du réseau et les tarifs des services rendus en externe qui sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Ces tarifs sont évalués en fonction des coûts. Ils sont recalculés ou indexés, à quelques exceptions près, mais font tous l'objet d'un mécanisme de révision annuelle. Certains ont été révisés en date du 1er avril 2011 et d'autres, en date du 1er mai 2012.

Activités accessoires : les exigences du Ministère au regard de ces activités sont présentées sur son site Internet. Les revenus de ces activités doivent permettre le financement des charges qui y sont reliées et donc s'autofinancer. Il s'agit notamment d'activités commerciales telles que le stationnement, le salon de coiffure ou d'autres activités complémentaires.

Les revenus totaux des activités accessoires sont estimés à 1 033,3 millions de dollars pour l'année 2011-2012. Par contre, ces revenus ne sont pas tous tirés de la tarification puisqu'ils incluent, entre autres, les revenus pour la recherche du Fonds de la recherche en santé du Québec. Seuls les revenus de tarification sont exposés ci-dessous.

REVENUS ESTIMÉS 2011-2012	COÛTS ESTIMÉS 2011-2012
425,1 M$	425,1 M$

Les tarifs des activités accessoires sont sous la responsabilité des établissements du réseau. Ils doivent être établis en fonction des coûts des activités.

TRANSPORT PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

Les tarifs des services préhospitaliers d'urgence sont fixés par le Ministère et font l'objet d'un arrêté ministériel sous-jacent à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Ils sont disponibles sur le site Internet du Ministère. Les revenus qui en découlent sont perçus par les différentes entreprises qui offrent des services de transport ambulancier au Québec. Il est à noter que les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1997. Les estimations de 2011-2012 n'étant pas disponibles, nous présentons les données de 2010-2011.

REVENUS 2010-2011	COÛTS 2010-2011
100,0 M$	480,0 M$

Ces revenus et ces coûts se détaillent comme suit :

	EN MILLIONS DE $
Sources de financement	
Établissements du réseau (transport interétablissements)	58
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (pour les prestataires de la sécurité du revenu)	10
Société de l'assurance automobile du Québec	5
Autres (organismes fédéraux)	2
Particuliers	25
Sous-total – Revenus de tarification	**100**
Ministère de la Santé et des Services sociaux (subvention)	380
Total	**480**

Il faut souligner que les particuliers contribuent à hauteur de 25 millions de dollars sur l'ensemble des coûts.

7.10 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec est coordonné par la Direction des relations ministérielles et de la vérification interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité ministériel de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général qui ont été déposés depuis l'année 2007-2008.

LA GOUVERNANCE DANS LES AGENCES ET LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME 1, 2007-2008)

Le Ministère a poursuivi ses travaux en vue de préciser la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. La Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux (2011, chapitre 15) a été sanctionnée le 13 juin 2011.

Au regard des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec, cette loi clarifie le rôle et les responsabilités des conseils d'administration des agences et des établissements, notamment en ce qui concerne leur imputabilité et leurs obligations de reddition de comptes. Les dispositions de cette loi favorisent également les pratiques reconnues de bonne gouvernance puisqu'une partie importante des membres des conseils d'administration seront indépendants et devront répondre à des profils de compétence déterminés par les conseils. La Loi prévoit aussi la création d'un comité de gouvernance et d'éthique et d'un comité de vérification au sein de chaque conseil d'administration. Il ne sera plus possible pour un membre d'un conseil d'administration d'un établissement de siéger également comme membre d'un conseil d'administration d'une agence.

L'une des préoccupations du Vérificateur général du Québec touchait la cohérence de la gestion axée sur les résultats aux trois paliers de gestion. La Loi prévoit que tous les paliers devront produire un plan stratégique avec des éléments communs. Ce plan devra être conforme aux orientations nationales et régionales, le cas échéant. Les rapports annuels de gestion devront désormais rendre compte des résultats concernant les objectifs du plan stratégique. Tel que le recommande le Vérificateur, le président du conseil d'administration et le directeur général de l'établissement devront rendre compte conjointement à l'agence des résultats obtenus.

La Loi répond aussi aux recommandations du Vérificateur général du Québec en ce qui concerne la formation puisque le ministre doit s'assurer qu'une formation continue et adaptée soit offerte aux membres des conseils d'administration, aux présidents-directeurs généraux des agences et aux directeurs généraux et adjoints des établissements. Le Ministère, en collaboration avec les agences et les associations d'établissements, a élaboré une stratégie de soutien et de formation à l'intention des membres des conseils d'administration des établissements et des agences. Différents moyens ont été conçus pour assurer l'accueil et l'intégration des membres ainsi que leur formation continue, tel que des fiches d'information, des séances de formation et la création d'un site Internet.

Dans son plan stratégique 2010-2015, le Ministère a pris l'engagement d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et d'assurer une rétroaction sur les résultats. Le Ministère a produit un cadre d'appréciation de la performance et a poursuivi les travaux visant à définir des indicateurs qui renseigneront sur la finalité du système de santé, soit sa performance sous les angles de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation optimale des ressources.

L'APPROVISIONNEMENT EN ÉQUIPEMENTS ET EN FOURNITURES DE NATURE MÉDICALE (TOME III, 2007-2008)

Dans le cadre de la restructuration de l'approvisionnement en commun, la presque totalité des onze corporations d'approvisionnement du réseau a entrepris à l'automne 2011 un processus de fusions volontaires à l'aide du bureau d'optimisation créé en 2011. À la suite de ce processus, complété le 1er avril 2012, les négociations regroupées du réseau seront maintenant faites par quatre groupes d'approvisionnement :

- Groupe d'approvisionnement Montréal-Laval ;
- Groupe d'approvisionnement de l'Est, couvrant les régions suivantes :
  - Bas-Saint-Laurent–Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
  - Saguenay–Lac-Saint-Jean–Nord-du-Québec
  - Québec–Chaudière-Appalaches
  - Mauricie et Centre-du-Québec
  - Côte-Nord
  - Estrie ;

- Groupe d'approvisionnement de la Montérégie ;
- Groupe d'approvisionnement du Nord-Ouest, couvrant les régions suivantes :
  - Outaouais
  - Abitibi-Témiscamingue
  - Laurentides-Lanaudière.

Le pouvoir de négociation accru des nouveaux regroupements permettra de prévoir ou de négocier des conditions liées à l'approvisionnement régional auprès des maisons mères des grandes entreprises. Les employés des divers territoires représentés continueront de travailler sur place pour assurer les intérêts régionaux. L'achat de produits dans le domaine alimentaire, par exemple, continuera de se faire dans le territoire régional de l'organisme acheteur.

De plus, le Ministère a suggéré aux nouveaux regroupements d'utiliser des méthodes, documents et systèmes équivalents afin de standardiser l'offre de service aux établissements. Cela permettra une meilleure évaluation des performances, une reddition de comptes adéquate et facilement comparable ainsi qu'une plus grande facilité à comparer les stratégies et les activités de tous.

Au cours de la dernière année, la mise sur pied d'un comité stratégique de négociation en commun des fournitures médicales spécialisées (appelé le Comité hautes technologies), négociées en majeure partie de façon individuelle par chacun des établissements, a permis d'évaluer à près de 95 millions de dollars ce marché au Québec et d'en planifier la négociation par l'intermédiaire des nouveaux regroupements de négociation. À ces dossiers de fournitures s'ajoutent 62 dossiers d'équipements médicaux pour lesquels une stratégie de négociation nationale ou régionale sera évaluée. Les nouveaux regroupements de négociation seront plus outillés pour faire la gestion de ces projets complexes grâce à la mise en commun de leurs ressources et à un désir accru de faire participer en tant que leaders de dossiers les établissements de soins ayant une équipe de négociation spécialisée.

LE SOUTIEN FINANCIER AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ACCORDÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME I, 2008-2009)

Depuis la publication, le 4 novembre 2008, du Rapport du Vérificateur général du Québec portant sur le soutien financier accordé aux organismes communautaires par le réseau de la santé et des services sociaux, différentes actions ont été entreprises.

Ainsi, un outil a été produit et transmis aux agences afin qu'elles effectuent annuellement le bilan des ententes signées entre les établissements de leur territoire et les organismes communautaires. La première année d'expérimentation a permis de constater que l'outil doit être bonifié afin d'uniformiser les données d'une région à l'autre.

Par ailleurs, le Ministère a poursuivi sa participation aux travaux menés au niveau gouvernemental par le Secrétariat à l'action communautaire et aux initiatives sociales concernant l'adaptation du cadre de référence en matière d'action communautaire. Ces travaux, qui établissent les attentes et les balises en matière de pratiques de gouvernance et de reddition de comptes, pourront permettre de bonifier le cadre de référence sur la reddition de comptes.

Finalement, un groupe de travail formé de représentants du Ministère, des agences et du milieu communautaire a révisé le projet de convention de soutien financier. Au 31 mars 2012, les travaux sont presque terminés. L'application de la convention est prévue à l'automne 2012.

LA GESTION DES CENTRES JEUNESSE ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES (TOME II, 2009-2010)

Le Comité indicateurs – programme Jeunes en difficulté, regroupant des représentants du Ministère, des agences, des centres jeunesse, des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de leurs associations respectives, poursuit ses travaux qui visent, notamment, à établir des cibles et des indicateurs permettant d'évaluer la performance des centres jeunesse. Certains indicateurs ont déjà été développés et les travaux du comité se poursuivront afin que le modèle d'évaluation couvre les caractéristiques d'accessibilité des services (accessibilité et équité d'accès), de qualité (efficacité, sécurité, réactivité et continuité) et, enfin, d'optimisation des ressources (efficience, viabilité), telles qu'elles sont définies dans le *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*.

Les travaux portant sur la définition commune des services directs à la clientèle des centres jeunesse et la mesure de l'intensité des services offerts progressent également. Réalisés en collaboration avec les centres jeunesse et l'Association des centres jeunesse du Québec, ils ont permis l'adoption d'une définition commune des services directs et l'inventaire des activités qui découlent de ces services. Aussi, l'indicateur permettant d'évaluer l'intensité des services devrait être bonifié au cours de la prochaine année.

Par ailleurs, le Ministère participe aux travaux menés par le Centre jeunesse des Laurentides et le Centre jeunesse de Lanaudière. Ces travaux consistent à expérimenter une nouvelle méthode d'analyse de la performance de la trajectoire de services offerts aux enfants et à leurs parents vivant avec une problématique de négligence, et de troubles de comportement en centre jeunesse ainsi qu'en première ligne dans les CSSS. Un indice de gravité (lourdeur des besoins) des jeunes et de leurs familles aux prises avec une problématique de négligence est actuellement en développement. Celui-ci facilitera l'évaluation de la condition du jeune, en indiquera l'indice de gravité et permettra de prévoir la consommation de services envisageable. L'ensemble de ces travaux pourrait venir bonifier les travaux actuellement en cours sur l'évaluation de la performance des centres jeunesse et des CSSS, ainsi que le développement d'indicateurs de résultats.

Un nouvel outil de classification des services offerts par les ressources intermédiaires et de type familial a été élaboré, soit l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance qui s'adresse à ces deux types de ressources. L'Instrument est établi par le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial.

Par ailleurs au regard des ressources allouées, compte tenu des résultats obtenus concernant la réduction des écarts globaux, le Ministère entend poursuivre dans la voie qu'il suit depuis le début de l'application du mode d'allocation des ressources en 2004-2005 : il a adopté l'approche où l'écart global d'une région est pris en compte avant de procéder à des ajustements budgétaires dans le programme Jeunes en difficulté. Il revient à chacune des régions de revoir ses priorités relativement aux services en matière d'allocation intrarégionale. De plus, envisager une réallocation entre les régions présuppose une flexibilité, notamment dans l'utilisation du personnel. Par conséquent, la réallocation des ressources à partir des régions en excédent est difficilement envisageable parce qu'elle pourrait mener à des mises en disponibilité du personnel ou à des ruptures dans la continuité des services à court et à moyen terme. Le Ministère privilégie donc la correction des écarts au moment d'attribuer les budgets de développement.

LE SUIVI D'UNE VÉRIFICATION DE L'OPTIMISATION DES RESSOURCES PORTANT SUR LA VÉRIFICATION INTERNE AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (TOME II, 2009-2010)

Au cours de la dernière année, la Direction des relations ministérielles et de la vérification interne a posé des gestes favorisant la poursuite des travaux du Ministère visant à évaluer l'ensemble de ses risques. En outre, elle a fait le suivi et la reddition de comptes des plans d'action produits à la suite de l'identification et de l'évaluation des risques majeurs du Ministère. De plus, des rencontres auprès d'une direction générale ont eu lieu pour la réalisation d'un projet pilote sur l'évaluation des risques majeurs de chaque direction générale du Ministère. Le résultat de ces travaux aidera la direction dans la préparation de son plan d'action annuel et l'élaboration d'une planification triennale pour les années à venir.

LA VIGIE RELATIVE AU PROJET DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC (TOME I, 2010-2011)

Le Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux (BPI) a été mis en place le 18 avril 2011. Le BPI, constitué d'une équipe restreinte et expérimentée, a pour mandat spécifique d'assurer la gouvernance et la coordination de l'informatisation du réseau sociosanitaire. Plus particulièrement, il encadre, coordonne et supervise l'ensemble des initiatives visant la mise en œuvre efficace du Dossier de santé du Québec (DSQ), ce qui implique la finalisation du DSQ et son arrimage aux dossiers cliniques informatisés (DCI) des établissements et aux dossiers médicaux électroniques (DME) des cliniques médicales et des groupes de médecine de famille (GMF), comme prévu dans le Plan stratégique 2010-2015.

La revue du DSQ, portefeuille composé de treize projets, a permis de constater que la phase de développement est maintenant parvenue à maturité. Ainsi, au cours de l'année 2011-2012, l'accent fut mis sur le parachèvement des services communs et la mise en place de l'infrastructure technologique pour, entre autres le Registre des usagers, le Registre des intervenants, la Gestion du consentement, SécurSanté, l'Index patient-maître et le Visualiseur. De plus, les plans de déploiement de certains domaines cliniques ont été élaborés. C'est le cas, notamment, des projets Médicament, Laboratoire et Gestion des produits immunisants.

Compte tenu de l'expertise qui lui est reconnue dans le réseau de la santé pour des systèmes d'information d'envergure, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a été désignée opérateur et exploitant de plusieurs solutions qui composent le DSQ. Au 31 mars 2012, le transfert des activités vers la RAMQ est terminé pour certaines solutions et en cours pour d'autres.

Comme le prescrit la Loi sur la gouvernance des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, le Ministère, au cours de la dernière année, a collaboré avec le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) pour mettre en place les outils nécessaires afin que les organismes du réseau sociosanitaire puissent rendre compte de leur plan triennal des ressources informationnelles (RI), de leur programmation annuelle des RI, de leur bilan annuel des RI, de même que de l'état d'avancement de leurs projets. Les informations reçues permettront au Ministère et au SCT de détecter rapidement les situations problématiques et d'intervenir plus tôt pour les solutionner.

En outre, le Ministère a imposé un moratoire à l'ensemble du réseau quant au démarrage de toute nouvelle initiative en RI. Les seuls projets qui peuvent démarrer doivent soutenir le déploiement du DSQ, appuyer la mise en place de DCI et de DME dans les lieux de dispensation de soins ou se rapporter à la lutte contre les infections nosocomiales.

LE SUIVI D'UNE VÉRIFICATION DE L'OPTIMISATION DES RESSOURCES PORTANT SUR LA GESTION DES PROJETS IMMOBILIERS (TOME I, 2010-2011)

En marge de l'élaboration du plan quinquennal d'infrastructures 2011-2016, le Ministère a établi, de concert avec le Secrétariat du Conseil du trésor, une priorisation des investissements en infrastructures sur la base des priorités et besoins régionaux. Par ailleurs, dans un contexte où le gouvernement a annoncé une réduction progressive de ses investissements en infrastructures visant, entre autres, à atteindre les objectifs de réduction de la dette d'ici 2025-2026, le Ministère dispose maintenant d'une sélection de projets immobiliers jugés prioritaires.

SUIVI DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (TOME II, 2010-2011)

Depuis le dépôt du rapport du Vérificateur général du Québec sur le suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux en mai 2011, le Ministère et les agences de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de Montréal et de l'Outaouais ont élaboré un plan d'action conjoint visant à répondre aux recommandations qui y sont formulées.

Les actions prévues sont sous la responsabilité du Ministère ou des agences, et dans certains cas, sont conjointes. Plusieurs ont déjà été réalisées, notamment la mise en place d'une Table de concertation sur la performance et d'un Comité ministériel sur la performance et l'environnement informationnel (CM-PEI). Le mandat de la Table de concertation sur la performance consiste à favoriser le développement d'une culture commune de l'évaluation de la performance parmi les principaux acteurs du système de santé et de services sociaux et à définir le rôle respectif de chacun au regard de cette fonction. Pour sa part, le CM-PEI a reçu le mandat d'élaborer un système de suivi de la performance et d'établir un plan d'action ministériel pour la mise en place de la fonction d'évaluation de la performance au sein du Ministère et de son réseau. En outre, le CM-PEI a conçu un cadre de référence présentant une définition de la performance et un modèle de mesure et d'analyse de la performance qui a été diffusé au sein du Ministère et de son réseau à l'hiver 2012.

De plus, le Ministère a mis sur pied un réseau de répondants provenant de toutes les agences dont le mandat est de le conseiller sur le développement et la mise en œuvre de la fonction d'évaluation de la performance et d'en assurer la coordination à l'échelle régionale.

Par ailleurs, pour donner suite à la recommandation de diffuser des informations comparatives sur la performance des établissements du réseau, le Ministère a collaboré étroitement avec l'Institut canadien d'information sur la santé dans le cadre d'un projet de comparaison des établissements du Québec avec ceux des autres provinces sur la base d'indicateurs cliniques et financiers. Au 31 mars 2012, un rapport public faisant état des résultats était prévu pour avril 2012. Similairement, l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux a aussi rendu public, en juin 2011, un rapport sur la performance de tous les CSSS du Québec.

ANNEXE I LA LISTE DES LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (*L.R.Q., c. A-5.01*)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (*L.R.Q., c. A-28*)

Loi sur l'assurance maladie (*L.R.Q., c. A-29*)

Loi sur l'assurance médicaments (*L.R.Q., c. A-29.01*)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (*L.R.Q., c. A-33.1*)

Loi sur les cimetières non catholiques (*L.R.Q., c. C-17*)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (*L.R.Q., c. C-32.1.1*)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. E-12.0001*)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (*L.R.Q., c. E-20.1*)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (*L.R.Q., c. F-4.0021*)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (*L.R.Q., c. H-1.1*)

Loi sur les inhumations et les exhumations (*L.R.Q., c. I-11*)

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (*L.R.Q.,c. I-13.03*)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (*L.R.Q., c. I-13.1.1*)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (*L.R.Q., c. L-0.2*)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. M-1.1*)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (*L.R.Q., c. M-19.2*)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (*L.R.Q., c. M-35.1.3*)

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (*L.R.Q., c. P-31.1*)

Loi sur la protection de la jeunesse (*L.R.Q., c. P-34.1*)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (*L.R.Q., c. P-38.001*)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (*L.R.Q., c. R-2.2.0.0.1*)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (*L.R.Q., c. R-5*)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (*L.R.Q., c. R-24.0.2*)

Loi sur la santé publique (*L.R.Q., c. S-2.2*)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (*L.R.Q., c. S-4.2*)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (*L.R.Q., c. S-5*)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (*L.R.Q., c. S-6.2*)

Loi sur le tabac (*L.R.Q., c. T-0.01*)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (*L.R.Q., c. U-0.1*)

ANNEXE II L'ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Organigramme au 31 mars 2012

Urgences-santé
Nicola D'Ulisse
Bureau des projets CHUM*, CUSM* et CHU Sainte-Justine
Clermont Gignac
Directeur exécutif
Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles
Mercedes Orellana
Direction des communications
Michèle St-Jean
Direction des affaires juridiques
Jean-Paul Dupré
Personnel réseau et ministériel
Edith Lapointe
Sous-ministre adjointe
Direction des relations professionnelles avec les fédérations médicales
Edith Lapointe*
Direction des ressources humaines ministérielles
Claude Tremblay
Direction de la planification de la main-d'œuvre et du soutien au changement
Gilles Le Beau
Direction de l'analyse et du soutien informationnel
Serge Blanchette
Coordination, financement, immobilisations et budget
Michel Fontaine
Sous-ministre associé
Direction générale adjointe du budget et des politiques de financement
François Dion
Direction des politiques et des systèmes financiers
François Dion*
Direction de la planification budgétaire et des opérations comptables
André Bolduc
Direction du suivi financier
Guylaine Lajoie
Direction de l'allocation des ressources
Normand Lantagne*
Direction des opérations budgétaires réseau
Stephen Mathieu
Direction des ressources matérielles
François Lamarre
Direction générale adjointe aux ententes de gestion
Pierre Laflamme
Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles
Ronald McNeil
Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et régions nordiques
Louise Rondeau
Direction des relations institutionnelles
Martin Simard
Direction de la gestion intégrée de l'information
Alain Saucier
Direction générale adjointe des investissements
Sylvain Périgny
Direction des investissements et du financement
Marlène Sinclair*
Direction de l'expertise et de la normalisation
Pierre Gauthier
Direction de la logistique sociosanitaire
Caroline Imbeau*
Technologies de l'information
Lise Verreault
Sous-ministre associée
Direction générale adjointe des projets (DSQ)
Eric Lefebvre
Direction des relations d'affaires avec les clientèles
Clermont Saucier
Direction des relations avec les partenaires et les mandataires
Clermont Saucier*
Direction de la sécurité des technologies de l'information
Sonia Roy
Direction des services financiers & administratifs
Philippe Moss
Direction du soutien ministériel et des infrastructures communes
Michel Rochette
SERVICE
* par intérim
** Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

ANNEXE III LES ORGANISMES PLACÉS SOUS LA RESPONSABILITÉ DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Cette annexe présente les coordonnées des douze organismes et comités placés sous la responsabilité du ministre ainsi que les rapports d'activité 2011-2012 de trois d'entre eux[4].

Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Directeur exécutif : M. Clermont Gignac

2021, avenue Union, bureau 10.049
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 864-9883
Site Web : www.construction3chu.msss.gouv.qc.ca

Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal a pour mission d'assurer le respect des balises quant aux programmes, au budget, au règlement et aux délais fixés par le gouvernement pour la réalisation des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

L'organisme assure un leadership d'expertise en gestion de projet auprès de ces trois institutions, qui restent les maîtres d'œuvre de leurs projets. Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (Bureau du directeur exécutif) exerce une gouvernance rigoureuse et transparente afin de réduire les risques inhérents au déploiement des grands projets complexes. Son rôle consiste aussi à optimiser la valeur des installations ainsi que le cycle de vie des équipements et des actifs immobiliers, et ce, dans la perspective d'obtenir les meilleures retombées d'un développement économique durable.

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2011-2012

La gouvernance

La structure de gouvernance a été établie en collaboration avec les principaux acteurs des dossiers, soit les CHU de Montréal et Infrastructure Québec. Les rôles, les responsabilités et les sphères d'imputabilité des parties prenantes sont clairement définis.

4. Il s'agit du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles ainsi que du Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

Le suivi régulier des projets est assuré, entre autres éléments, par des rencontres statutaires organisées à plusieurs niveaux par le Bureau du directeur exécutif et par Infrastructure Québec. De nombreux outils de contrôle ont également été créés afin que la portée des projets, les coûts, les risques et les échéanciers soient arrimés. Une surveillance constante est ainsi effectuée, ce qui permet notamment d'accepter ou de refuser les changements proposés en cours de processus.

Des étapes importantes franchies dans tous les projets

Les projets de modernisation des CHU de Montréal sont maintenant en chantier.

- **Centre de recherche du CHUM.** L'entente de partenariat du Centre de recherche du CHUM a été signée en mai 2010. Les travaux progressent rondement depuis ce temps. Le consortium choisi, Accès Recherche Montréal, estime être en mesure de respecter l'échéancier. La réception provisoire aura lieu à l'automne 2013.

  Le Centre de recherche du CHUM disposera de 69 000 mètres carrés, répartis dans deux bâtiments situés sur les rues Viger et Saint-Antoine, de part et d'autre de l'autoroute Ville-Marie. Les locaux pourront abriter 110 équipes de recherche. L'aile sud, sur la rue Saint-Antoine, logera également les locaux administratifs du CHUM. Le budget d'immobilisations de ce centre de recherche est de 460 millions de dollars.

- **Le Campus Glen du CUSM.** Le 15 juillet 2010, l'entente de partenariat du Campus Glen du Centre universitaire de santé McGill était signée et les travaux commençaient. Le consortium choisi, le Groupe immobilier santé McGill, procède actuellement à la conception et à la construction des cinq bâtiments du complexe hospitalier qui comprendront, entre autres, 500 chambres, le centre de recherche, le centre de cancérologie et des locaux pour l'enseignement. La superficie totale est de 213 000 mètres carrés, à l'exception du stationnement de 2 700 places. Les nouveaux locaux devraient être occupés en 2015. La réception provisoire des pavillons du Campus Glen est prévue pour l'automne 2014. L'Hôpital des Shriners, dont les coûts de construction sont entièrement assumés par les Shriners, sera quant à lui construit en 2013-2015. Situé à l'extrémité ouest du Campus, à côté de l'Hôpital de Montréal pour enfants, il ouvrira en même temps que les autres éléments du Campus. Le budget d'immobilisations du projet complet du CUSM, y compris le Campus de la Montagne et les éléments de neurologie, est de 2,355 milliards de dollars.

- **CHU Sainte-Justine.** À la mi-mars 2012, après plusieurs mois de travail, le comité chargé de choisir l'entreprise qui assurera la conception finale et la construction du volet clés en main du projet Grandir en santé remettait son rapport au conseil d'administration du CHU Sainte-Justine. Quatre groupes d'entreprises ont présenté des propositions techniques et financières jugées conformes par le comité. En plus du stationnement, qui est autofinancé, le volet clés en main comprend la construction de trois nouveaux bâtiments, soit le bloc des unités spécialisées, la centrale thermique et le centre de recherche. Il s'intègre dans le projet global de la modernisation du CHU Sainte-Justine qui est déjà amorcé depuis 2007, entre autres avec l'agrandissement du Centre de cancérologie Charles-Bruneau, et qui sera complété par la rénovation d'une partie de l'hôpital actuel, en 2017-2018. Au terme du projet, l'ajout des nouveaux bâtiments, qui seront livrés en 2016, portera la superficie du CHU Sainte-Justine à 200 000 mètres carrés, ce qui représente une augmentation de 65 % de la superficie actuelle. Le budget d'immobilisations autorisé pour l'ensemble du projet est de 836 millions de dollars.

- **CHUM.** Le 10 juin 2011, le contrat pour la conception et la construction du nouveau Centre hospitalier universitaire de Montréal était signé. Le consortium Collectif Santé Montréal, le nouveau partenaire du CHUM, avait présenté une proposition dont le phasage était très avantageux.

  La première phase du projet permettra de mettre en service un hôpital entièrement fonctionnel dès 2016, ce qui constitue un gain par comparaison à l'échéancier de référence. La deuxième phase qui nécessite, entre autres, la démolition de l'hôpital Saint-Luc, sera terminée en 2020.

  Le CHUM comptera 772 lits et 39 salles d'opération. Il offrira des soins en fonction de 35 spécialités médicales. Le budget d'immobilisations du complexe hospitalier est de 2,6 milliards de dollars.

Les projets de modernisation des CHU de Montréal respectent à ce jour les plans cliniques ainsi que les programmes fonctionnels et techniques adoptés par le gouvernement en 2007. Les superficies nettes prévues dans les devis de performance sont également respectées.

La création d'emplois directs et indirects, pour la durée des travaux de construction, sera globalement de 34 000 années-personnes. Les retombées fiscales pour le gouvernement du Québec seront de 365 millions de dollars.

En 2011-2012, le travail de planification en vue du redéploiement du Campus de la Montagne, l'autre volet du projet du CUSM, s'est poursuivi.

Le Bureau du directeur exécutif doit maintenant s'assurer que la réalisation des travaux se poursuivra sans encombre. Le suivi des risques, des opportunités et des changements occupe maintenant une grande partie du temps de l'équipe qui compte 17 personnes dont 11 professionnels.

Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Présidente : M^me^ Mercedes Orellana

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2011-2012

Le mandat et la composition du Comité

Le mandat du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles consiste à donner des avis au ministre sur la façon dont les services de santé et les services sociaux sont fournis aux personnes appartenant à l'une ou l'autre des communautés ethnoculturelles.

En 2011-2012, M^me^ Mercedes Orellana a continué d'agir à titre de présidente du Comité et M^me^ Nathalie Lecoq, à titre de vice-présidente. Les membres du Comité avaient été nommés par le ministre, M. Yves Bolduc, le 17 décembre 2008.

Les activités du Comité

Le Comité a tenu trois rencontres au cours de l'année 2011-2012. De plus, il a produit un avis sur la révision de la politique linguistique du Ministère. Afin de formuler cet avis, le Comité s'est doté d'un sous-comité de travail et a mené des consultations notamment auprès de la personne responsable de la Charte de la langue française et du dossier des communautés ethnoculturelles à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cet avis, produit en mars 2012, recommande au Ministère des libellés à prendre en considération pour l'élaboration de la nouvelle politique linguistique ministérielle.

Le code d'éthique et de déontologie

Du 1^er^ avril 2011 au 31 mars 2012, aucun incident ni aucune transgression du code d'éthique et de déontologie du Comité n'ont été constatés, et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : M^me^ Marjorie Goodfellow

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2011-2012 (RÉSUMÉ)

Le mandat et la composition du Comité

Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise est chargé de donner son avis au gouvernement sur

- la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;

- l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence de la santé et des services sociaux conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Les membres du Comité ont été nommés en septembre 2007 et la durée de leur mandat est de trois ans, renouvelable une seule fois. M[me] Marjorie Goodfellow a continué d'agir à titre de présidente du Comité et M. Michael Udy, à titre de vice-président.

Les activités du Comité

En 2011-2012, les membres du Comité se sont rencontrés à treize reprises. Les principales activités du Comité étaient concentrées sur

- les avis à donner au gouvernement concernant l'approbation des programmes d'accès aux services en langue anglaise et l'analyse de ces programmes ;
- le Programme de contribution pour les langues officielles en santé ;
- le statut linguistique des établissements, reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française, en voie de réorganisation.

PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE POUR LES PERSONNES D'EXPRESSION ANGLAISE 2012-2015

En novembre 2010, le ministre a invité les instances régionales à entreprendre la révision de leur programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région respective. L'échéancier pour le dépôt des programmes d'accès par les instances régionales a été fixé au 31 mars 2011. Le Comité provincial s'est doté des outils d'analyse puis a mandaté un sous-comité pour l'étude détaillée des programmes et l'élaboration d'un projet d'avis sur l'approbation par le gouvernement du Québec de chacun d'eux.

Après l'analyse des programmes soumis avant la fin de juillet 2011, le Comité a recommandé l'approbation de onze programmes d'accès. Ces programmes d'accès ont été approuvés par le gouvernement le 22 février 2012 (décret numéro 124-2012). Il s'agit des programmes des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie, de Montréal, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière et de la Montérégie.

Le processus d'évaluation des programmes d'accès des cinq autres régions s'achève. L'approbation de ces programmes d'accès nécessitera un deuxième décret. Il s'agit des régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et des Laurentides.

PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES LANGUES OFFICIELLES EN SANTÉ

Conformément au mandat conféré au Comité provincial, les membres ont continué à exercer un suivi assidu des activités reliées au Programme de contribution pour les langues officielles en santé et les deux mandataires de Santé Canada, soit le Réseau communautaire de santé et de services sociaux et l'Université McGill. Le Comité a également émis un avis sur certains projets régionaux qui ont été soumis en cours d'année. Il s'est prononcé sur les projets de formation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

AVIS DU COMITÉ

Au cours de l'année, le Comité a adressé près d'une vingtaine d'avis et commentaires au gouvernement et aux différentes instances du Ministère.

En 2011-2012, le Comité a adressé treize avis au gouvernement sur l'approbation des propositions de treize agences relatives aux programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, 2012-2015. Il a également produit deux avis sur les propositions de deux agences relatives à ces programmes d'accès.

Au cours de l'année, il a adressé au ministre et aux autorités ministérielles les avis suivants :

- un avis sur les projets de formation soumis à l'Université McGill dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean ;
- un avis sur le document « Les priorités de la population anglophone du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux 2013-2018, document d'étude basé sur une consultation auprès de la population anglophone du Québec, octobre 2011 » du *Québec Community Groups Network* ;
- une réaction à une proposition de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux voulant modifier la responsabilité des agences pour l'élaboration des programmes d'accès.

Le code d'éthique et de déontologie

Aucun incident ni aucune transgression du code d'éthique et de déontologie du Comité, adopté en 2006, n'ont été constatés au cours de l'année 2011-2012, et aucune mesure disciplinaire ou sanction n'a été appliquée.

Chaque fois qu'un conflit de rôles ou d'intérêts, réel ou appréhendé, est possible, le ou les membres en cause sont invités à se retirer des discussions, des délibérations et des décisions du Comité. À cet égard, le code d'éthique et de déontologie a été invoqué à plusieurs reprises durant l'année.

Comité central d'éthique de la recherche

Président : Dr Serge Gauthier

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : 514 873-2114, poste 252
Site Web : www.ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml

Comité d'hémovigilance

Président : M. Daniel Tremblay

1075, chemin Sainte-Foy, 9e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Site Web : www.msss.gouv.qc.ca/hemovigilance

Commissaire à la santé et au bien-être

Commissaire : M. Robert Salois

1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone : 418 643-3040
Site Web : www.csbe.gouv.qc.ca

Héma-Québec

Président et chef de la direction : Dr Jean De Serres

4045, boulevard de la Côte-Vertu
Montréal (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000 ou 1 888 666-4362
Site Web : www.hema-quebec.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Président-directeur général : Dr Juan Roberto Iglesias

1195, avenue Lavigerie, bureau 60
Québec (Québec) G1V 4N3
Téléphone : 418 643-1339
Site Web : www.inesss.qc.ca

Institut national de santé publique du Québec

Président-directeur général : Dr Luc Boileau

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418 650-5115
Site Web : www.inspq.qc.ca

Office des personnes handicapées du Québec

Directrice générale : M^me^ Céline Giroux

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripteur : 1 800 567-1477
Site Web : www.ophq.gouv.qc.ca

Régie de l'assurance maladie du Québec

Président-directeur général : M. Marc Giroux

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 1 800 561-9749
Site Web : www.ramq.gouv.qc.ca

Urgences-santé

Président et directeur général : M. Nicola D'Ulisse

3232, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1Y 3H5
Téléphone : 514 723-5600
Site Web : www.urgences-sante.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec

12-102-01F